RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2008 • 2009

DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Québec

2008-2009

Santé
et Services sociaux
Québec

Coordination
Direction des politiques et des orientations stratégiques

Édition produite par :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : **www.msss.gouv.qc.ca** section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009
Bibliothèque et Archives Canada, 2009

ISBN : 978-2-550-57084-4 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-57085-1 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2009

2008-2009

Santé
et Services sociaux
Québec

Message des ministres

Monsieur Yvon Vallières
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement
Québec (Québec)

Monsieur le Président,

C'est avec grand plaisir que nous vous transmettons le *Rapport annuel de gestion 2008-2009* du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce rapport présente les résultats obtenus au regard du *Plan stratégique 2005-2010* et de la *Déclaration de services aux citoyens* ainsi que les principales réalisations du Ministère au cours de la dernière année. Le document fait également état de l'utilisation des ressources allouées au Ministère ainsi que de l'application de politiques et de programmes gouvernementaux.

Nous sommes fiers des actions réalisées au cours de l'année 2008-2009. Ces actions reflètent pleinement les engagements que nous avons pris pour mieux répondre aux besoins des Québécoises et des Québécois en matière de santé et de services sociaux.

Parmi ces engagements, nous tenons à signaler la poursuite de l'implantation des groupes de médecine de famille. Par ailleurs, un plus grand nombre de personnes âgées en perte d'autonomie ont reçu des services de soutien à domicile, et ce, avec plus d'intensité. Des gains appréciables ont également été obtenus en matière de réduction des délais d'attente en chirurgie et en protection de la jeunesse, et des mesures ont été mises en place pour améliorer l'accès aux services de réadaptation. Enfin, d'importants efforts ont été déployés pour faciliter le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre, notamment du personnel infirmier, et soutenir les professionnels dans leur pratique par la production et l'échange électronique d'une information clinique de qualité.

Nous remercions sincèrement le personnel du Ministère et celui du réseau de la santé et des services sociaux de s'engager quotidiennement à offrir des soins et des services de qualité, à l'ensemble de la population québécoise.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos sentiments distingués.

Yves Bolduc
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Lise Thériault
Ministre déléguée aux Services sociaux

Message du sous-ministre

Monsieur Yves Bolduc
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Madame Lise Thériault
Ministre déléguée aux Services sociaux

Madame,
Monsieur,

Nous vous soumettons le *Rapport annuel de gestion 2008-2009* du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce document témoigne des principales réalisations du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2009. Il présente notamment les résultats obtenus au regard des objectifs du *Plan stratégique 2005-2010*, objectifs pour lesquels des actions déterminantes ont été accomplies.

Le rapport annuel de gestion comprend une déclaration de la direction du Ministère relativement à la fiabilité des données qui y sont présentées. La validation de l'information a été effectuée par la Direction de la vérification interne à la demande du Comité ministériel de vérification.

Nous tenons tout particulièrement à remercier le personnel du Ministère et celui du réseau de la santé et des services sociaux pour leur dynamisme, leur engagement et leur contribution à améliorer la santé et le bien-être de la population ainsi qu'à lui assurer des services de santé et des services sociaux accessibles, continus et de qualité.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Jacques Cotton
Sous-ministre

Table des matières

Liste des sigles 13

La déclaration de fiabilité de la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux 15

Le rapport de validation de la Direction de la vérification interne 17

Partie 1

Le ministère de la Santé et des Services sociaux 19

1.1 La mission 19

1.2 L'organisation administrative 19

1.3 Le réseau de la santé et des services sociaux 20

Partie 2

Le contexte et les faits saillants de l'année 2008-2009 23

2.1 La mise à jour du Programme national de santé publique 2003-2012 23

2.2 L'activation du numéro unique 8-1-1 pour accéder au service Info-Santé 24

2.3 La politique de la périnatalité 24

2.4 Le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience 24

2.5 Le cadre de référence sur l'itinérance au Québec 25

2.6 Les actions pour réduire les pénuries de main-d'œuvre 25

2.7 Le Plan d'action de développement durable 2009-2013 26

2.8 Le rapport du Comité d'implantation de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux 26

2.9 Le Dossier de santé du Québec 26

2.10 La modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal 27

Partie 3

Les résultats au regard du Plan stratégique 2005-2010 29

ENJEU

3.1 Le développement d'actions efficaces en amont des problèmes 30

3.1.1 Les saines habitudes de vie 30

3.1.2 La prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang 31

3.1.3 Autres résultats 32

ENJEU

3.2 L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables 32

3.2.1 Les groupes de médecine de famille 32

3.2.2 Les urgences 34

3.2.3 Les chirurgies et la cardiologie tertiaire 35

3.2.4 La lutte contre le cancer 37

3.2.5 Les services de soutien à domicile 39

3.2.6 La qualité des services en centre d'hébergement et de soins de longue durée 41

3.2.7 Les services destinés aux jeunes et à leur famille 43

3.2.8 Les services de santé mentale 46

3.2.9 Les services destinés aux personnes présentant une déficience physique 49

3.2.10 Les services destinés aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement 51

3.2.11 Les services destinés aux personnes aux prises avec une dépendance 52

3.2.12 Les services aux communautés crie et inuite 53

3.2.13 Autres résultats 54

ENJEU

3.3 L'amélioration de la qualité des services ainsi que l'optimisation de l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services 56

3.3.1 La qualité et la prestation sécuritaire des services 56

3.3.2 Les médicaments 59

3.3.3 L'information à la population 61

3.3.4 Les effectifs médicaux 63

3.3.5 Le personnel du réseau 65

3.3.6 L'utilisation des ressources informationnelles 69

ENJEU

3.4 La gestion efficiente des ressources financières allouées au réseau de la santé et des services sociaux 71

3.5 L'évolution des résultats au regard des objectifs du Plan stratégique 2005-2010 72

Partie 4

Les résultats au regard de la Déclaration de services aux citoyens 73

4.1 Les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux 73

4.2 Les renseignements, l'aide et les conseils destinés aux personnes et aux familles qui ont le projet d'adopter un enfant domicilié à l'extérieur du Québec 74

4.3 Les renseignements concernant la Loi sur le tabac et les inspections liées à son application 75

4.4 Les plaintes 77

Partie 5

L'utilisation des ressources 79

5.1 Les ressources humaines 79

5.2 Les ressources budgétaires et financières 80

5.3 Les ressources informationnelles 83

5.3.1 Les ressources informationnelles du réseau et du Ministère 83

5.3.2 Le Dossier de santé du Québec 85

Partie 6

L'application de certaines politiques gouvernementales 89

6.1 L'accès à l'égalité en emploi 89

6.2 L'égalité entre les femmes et les hommes 91

6.3 L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels 93

6.4 La politique linguistique 94

6.5 Le développement durable et les changements climatiques 94

6.6 Le bilan des activités de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé 96

6.7 Le suivi des recommandations des rapports du Vérificateur général du Québec 97

Annexes 107

Annexe I La liste des lois dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, du ministre de la Santé et des Services sociaux 107

Annexe II L'organigramme du ministère de la Santé et des Services sociaux 108

Annexe III Les organismes placés sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux 111

Annexe IV L'évolution des résultats au regard des objectifs du Plan stratégique 2005-2010 123

Annexe V Les projets composant le Dossier de santé du Québec 129

Liste des sigles

AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
APPPQ	Agence des partenariats public-privé du Québec
CAU	Centre affilié universitaire
CCS	Centre de communication santé
CH	Centre hospitalier
CHQ	Corporation d'hébergement du Québec
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CJ	Centre jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSQ	Dossier de santé du Québec
ETC	Equivalent temps complet
GMF	Groupe de médecine de famille
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
IU	Institut universitaire
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SOGIQUE	Société de gestion informatique
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

La déclaration de fiabilité de la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de la responsabilité de la direction du Ministère. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier 2008-2009, la direction a maintenu des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables, de manière à assurer la réalisation des objectifs fixés.

De plus, la Direction de la vérification interne a évalué le caractère plausible des résultats, des indicateurs et des explications que contiennent les deux sections touchant à la présentation des résultats du rapport annuel de gestion. Elle a également produit un rapport de validation à ce sujet.

À notre connaissance, l'information[1] présentée dans le *Rapport annuel de gestion 2008-2009* du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que les contrôles y afférents sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2009.

Les membres du Comité de direction,

Jacques Cotton
Sous-ministre

Michel A. Bureau
Directeur général
Services de santé et médecine universitaire

Denis Lalumière
Sous-ministre adjoint
Planification stratégique, évaluation et qualité

Marie-Claude Champoux
Sous-ministre adjointe
Services sociaux

Michel Delamarre
Sous-ministre adjoint
Personnel réseau et ministériel

Alain Poirier
Directeur national de santé publique
et sous-ministre adjoint

Lise Verreault
Sous-ministre adjointe
Coordination, financement, immobilisations et budget

Bernard LeFrançois
Sous-ministre adjoint
Technologies de l'information

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, septembre 2009

1. Voir le commentaire relatif à la fiabilité des résultats pour certains objectifs de la partie 3 – Les résultats au regard du Plan stratégique 2005-2010.

Le rapport de validation de la Direction de la vérification interne

Monsieur le Sous-ministre,

Nous avons procédé à l'examen des résultats, des indicateurs et des commentaires que contiennent les sections « Les résultats au regard du Plan stratégique 2005-2010 » ainsi que « Les résultats au regard de la Déclaration de services aux citoyens » du rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice se terminant le 31 mars 2009. La responsabilité de l'exactitude, de l'intégralité et de la divulgation de ces données incombe à la direction du Ministère.

Notre responsabilité consiste à évaluer le caractère plausible et la cohérence de l'information, en nous basant sur le travail que nous avons accompli au cours de notre examen.

Notre examen a été effectué conformément aux normes internationales pour la pratique professionnelle de l'audit interne, élaborées par l'Institute of Internal Auditors. Les travaux ont consisté à obtenir des renseignements et des pièces justificatives, à mettre en œuvre des procédés analytiques, à colliger l'information sur le fonctionnement des mécanismes de compilation, à réviser des calculs et à discuter sur l'information fournie. Notre examen ne constitue pas une vérification.

Au terme de notre examen, nous n'avons rien relevé qui nous porte à croire que l'information contenue dans les sections « Les résultats au regard du Plan stratégique 2005-2010 » ainsi que « Les résultats au regard de la Déclaration de services aux citoyens » du rapport annuel de gestion n'est pas, à tous égards importants, plausible et cohérente.

La Direction de la vérification interne,

Suzanne Pitre
Directrice

Daniel Paquet, c.a.
Chargé de projet

Cabinet du sous-ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, septembre 2009

Partie 1

Le ministère de la Santé et des Services sociaux

1.1 La mission

Le Ministère a pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois en rendant accessible à la population un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

Le rôle premier du Ministère est de voir au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux du Québec. Il est responsable de la définition des priorités, des objectifs et des orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux, et veille à leur application. Le Ministère évalue également les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés.

En vertu de son mandat, le Ministère propose à l'État et aux autres acteurs sociaux des priorités d'intervention pour agir positivement sur les conditions qui favorisent la santé et le bien-être de la population.

Les lois régissant et encadrant les activités du Ministère sont présentées à l'annexe I.

1.2 L'organisation administrative

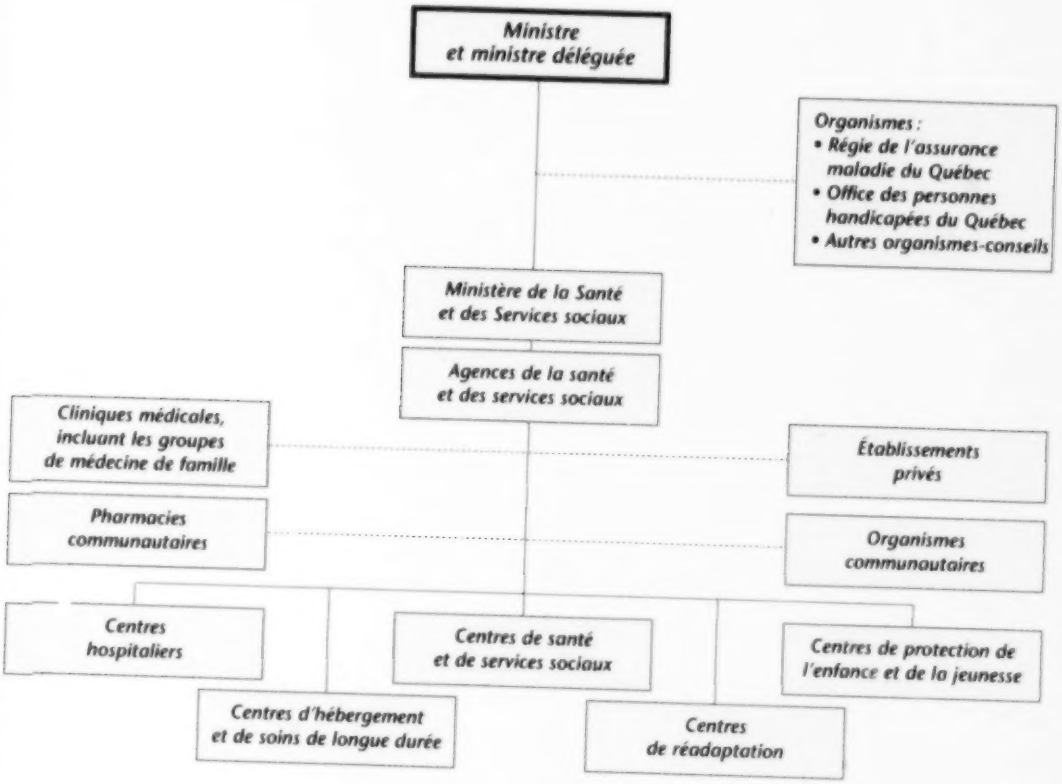
En 2008-2009, quelques changements ont été apportés à l'organisation administrative du Ministère. On compte désormais sept directions générales :

- la Direction générale de la santé publique ;
- la Direction générale des services sociaux ;
- la Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire ;
- la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité ;
- la Direction générale du personnel réseau et ministériel ;
- la Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget ;
- la Direction générale des technologies de l'information.

La direction supérieure du Ministère est assumée par le sous-ministre et elle comprend le Secrétariat général, la Direction de la vérification interne, la Direction des communications, la Direction des affaires juridiques ainsi que le Bureau du Dossier de santé du Québec. L'organigramme du Ministère est présenté à l'annexe II. On note également l'existence de 15 organismes relevant du ministre et liés au domaine de la santé et des services sociaux. La mission de ces organismes est décrite à l'annexe III. La reddition de comptes du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, du Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de même que du Bureau de modernisation des

centres hospitaliers universitaires de Montréal – Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Centre universitaire de santé McGill (CUSM), Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine) y est également présentée, puisque ces organismes ne publient pas leur propre rapport annuel de gestion.

1.3 Le réseau de la santé et des services sociaux



Les organisations régionales

Le Ministère exerce sa mission en partageant ses responsabilités avec 18 autorités régionales, qui sont responsables de l'organisation des services sur leur territoire respectif. On compte 15 agences de la santé et des services sociaux. Les autres organisations régionales sont le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik ainsi que le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.

Ces autorités régionales sont responsables de coordonner la mise en place des services de santé et des services sociaux dans leur région respective. Elles facilitent également le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Enfin, elles doivent avoir une préoccupation particulière en matière de santé publique, d'allocation budgétaire, de ressources humaines et de services spécialisés.

Les établissements

En 2008-2009, le réseau de la santé et des services sociaux était composé de 294 établissements, dont 191 étaient publics et 103 privés. Ces établissements sont des entités juridiques dotées de capacités et de responsabilités légales. Ils sont titulaires d'un permis du ministre pour des services correspondant aux cinq grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux[2]. Les établissements gèrent 1 740 installations ou lieux physiques où sont offerts des soins de santé et des services sociaux à la population du Québec.

Les 191 établissements publics se répartissent comme suit :

- 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) formés du regroupement de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, pour 78 d'entre eux, d'un centre hospitalier (CH) ;
- 27 centres hospitaliers (CH), dont 14 qui sont également des CHSLD, 2 qui constituent aussi des centres de réadaptation (CR) et 1 qui est également CHSLD et CR ;
- 8 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ;
- 16 centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et centres de réadaptation (CR) désignés centres jeunesse (CJ) ;
- 41 centres de réadaptation (CR) ;
- 4 centres assumant les cinq missions pour les régions nordiques.

Il faut souligner que cinq CH ont un statut universitaire (CHU). De plus, cinq autres CH et six CSSS ont une désignation de centre affilié universitaire (CAU). Neuf établissements sont désignés instituts universitaires (IU), soit cinq dans le secteur de la santé et quatre dans le secteur social.

Enfin, quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) favorisent la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements de santé et des universités auxquelles ils sont affiliés.

Les cliniques médicales, les organismes communautaires et les autres ressources complémentaires

Au-delà des ressources institutionnelles nommées préalablement, le réseau est complété par des ressources privées, intermédiaires ou communautaires ainsi que par des entreprises d'économie sociale. Il s'agit plus particulièrement d'environ :

- 2 070 cliniques médicales d'omnipraticiens et de spécialistes, dont 193 groupes de médecine de famille (GMF) et 35 cliniques-réseau ;
- 1 700 pharmacies communautaires ;
- 2 120 ressources intermédiaires (appartements supervisés, résidences de groupes, etc.) ;
- 8 260 ressources de type familial (familles d'accueil pour les enfants et résidences d'accueil pour les adultes) ;
- 2 230 résidences privées avec services pour personnes âgées ;
- 3 520 organismes communautaires ;
- 100 entreprises d'économie sociale en aide domestique.

2. Les cinq missions définies par la Loi sont : CH, CHSLD, CLSC, CR et CPEJ.

Les effectifs du réseau

Le réseau de la santé et des services sociaux compte sur une main-d'œuvre représentant environ 6,6 % de la population active du Québec. Parmi les quelque 276 000 personnes, hautement qualifiées, qui composent le réseau sociosanitaire en 2008-2009, on compte approximativement :

- près de 820 cadres, professionnels et fonctionnaires au Ministère de même qu'environ 1 530 cadres, professionnels et fonctionnaires à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), sans compter les employés qui travaillent dans les organismes-conseils qui relèvent du Ministre ;
- 246 900 salariés, cadres ou syndiqués dans les agences et les établissements publics, dont 103 600 infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires ;
- 26 600 professionnels touchant une rémunération de la RAMQ, dont 7 870 médecins omnipraticiens, 8 460 médecins spécialistes et 2 600 médecins résidents ainsi que 1 780 pharmaciens propriétaires, 3 570 dentistes et 1 260 optométristes.

Les partenaires du domaine sociosanitaire

Le Ministère remplit depuis plusieurs années sa mission en collaborant avec des partenaires majeurs très actifs dans le secteur de la santé et des services sociaux. Ces derniers sont entre autres constitués de :

- 6 associations qui représentent les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ;
- 21 ordres professionnels qui assurent le contrôle de la qualité et la régulation des activités cliniques ;
- plusieurs organismes qui défendent les intérêts des différents groupes d'usagers ;
- plusieurs des grandes organisations syndicales du Québec qui représentent les employés du secteur de la santé et des services sociaux ainsi que les fédérations médicales ;
- les représentants des organismes communautaires ;
- les regroupements d'assureurs et l'industrie pharmaceutique dans le cadre du Régime général d'assurance médicaments.

Les autres secteurs de l'État sont interpellés lorsqu'il s'agit de prévenir les problèmes de santé et de bien-être ainsi que de soutenir les personnes vulnérables. Le Ministère s'associe également avec plusieurs partenaires gouvernementaux (revenu, éducation, famille et aînés, environnement, etc.) pour intervenir efficacement sur les déterminants de la santé et du bien-être.

Enfin, le Ministère et son réseau entretiennent également des relations directes avec les acteurs des différents milieux de vie, comme les écoles, les milieux de travail et les municipalités, afin d'améliorer les conditions de vie des individus.

Partie 2

Le contexte et les faits saillants de l'année 2008-2009

Année après année, divers facteurs ont un impact majeur sur le système de santé et de services sociaux. Conséquemment, le Ministère doit se préoccuper d'ajuster l'offre de service en fonction de l'évolution de l'état de santé et de bien-être de la population, mais aussi selon les nouvelles possibilités ou les contraintes qui se dessinent pour l'organisation des services et la gestion des ressources.

Les principales réalisations du Ministère pour l'année 2008-2009 s'inscrivent dans ce contexte. Elles témoignent notamment de ses préoccupations à l'égard de l'amélioration de l'accessibilité aux services généraux et spécialisés, de la mise à jour des politiques et des programmes en fonction des meilleures pratiques, d'une organisation de travail axée sur une utilisation optimale des compétences ainsi que d'une gestion efficiente et écoresponsable des ressources.

2.1 La mise à jour du Programme national de santé publique 2003-2012

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* a été institué par la Loi sur la santé publique, adoptée en 2001. Il décrit les objectifs et les activités à mettre en œuvre d'ici 2012 pour les six domaines d'intervention en santé publique ainsi que les stratégies d'action à privilégier. Les domaines d'intervention sont : le développement, l'adaptation et l'intégration sociale ; les habitudes de vie et les maladies chroniques ; les traumatismes non intentionnels ; les maladies infectieuses; la santé environnementale ; la santé en milieu de travail. Le programme constitue le principal moyen utilisé pour favoriser l'harmonisation des pratiques de santé publique aux niveaux national, régional et local ainsi que pour renforcer la prévention au sein du système de santé et de services sociaux.

Une mise à jour du programme a été effectuée en 2008. Des ajustements ont été apportés à son contenu à la lumière des résultats de son évaluation et des nouvelles connaissances sur les interventions efficaces. Le document a également été revu en considérant les récentes transformations du réseau de la santé et des services sociaux, notamment au regard des principes de la responsabilité populationnelle et de la hiérarchisation des services.

Avec cette mise à jour, le Ministère réitère l'importance d'agir en amont, avant que surviennent les problèmes de santé et les problèmes psychosociaux. Il énonce les activités permettant d'agir sur les déterminants de la santé et de réduire les inégalités de santé et de bien-être. Il réaffirme également la nécessité pour tous les acteurs visés de collaborer pour une action concertée sur les déterminants.

2.2 L'activation du numéro unique 8-1-1 pour accéder au service Info-Santé

La centralisation et la mise en réseau des services ont constitué les principales étapes de la réorganisation du service Info-Santé qui s'est effectuée depuis 2005. Ainsi, l'ensemble des services locaux ont été regroupés pour former 15 services régionaux. Ces services régionaux sont maintenant reliés de sorte que, s'il y a surcharge à un endroit, l'appel est transféré dans une autre région. Cette façon de procéder vise à réduire les délais pour obtenir un service fort utilisé.

En complément à ces mesures, l'utilisation d'un numéro de téléphone unique pour toute la province, comparativement à plus d'une centaine par le passé, vient simplifier l'accès au service Info-Santé pour la population. Depuis le mois de mai 2008, en composant le 8-1-1, on communique avec l'un des 15 services régionaux Info-Santé.

Le recours à ce service diminue la pression sur les intervenants de la première ligne et permet des gains d'efficience par une utilisation plus adéquate des services médicaux offerts. L'utilisation d'Info-Santé s'avère bénéfique pour la population, pour les intervenants ainsi que pour tout le système de santé.

2.3 La politique de la périnatalité

L'évolution de la société, les progrès scientifiques et les développements technologiques ont rendu nécessaire l'élaboration d'une politique de la périnatalité, dont la publication s'est faite en juin 2008. La *Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie* propose une vision globale et intégrée de la périnatalité, et ce, de la prise de décision d'avoir un enfant jusqu'à ce que celui-ci atteigne l'âge d'un an. Elle présente les orientations retenues visant à ajuster l'offre de service aux besoins actuels de la population.

Cette politique s'adresse à tous les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux travaillant auprès de la clientèle périnatale. Elle détermine les services devant être offerts à l'ensemble de cette clientèle et précise ceux à offrir aux personnes vivant dans un contexte difficile ou une situation particulière. Elle vise aussi à renforcer l'utilisation des services de première ligne offerts par les médecins omnipraticiens ou les sages-femmes pour les femmes dont la grossesse se déroule normalement.

2.4 Le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

Dans la perspective d'améliorer l'accessibilité aux services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, le ministère de la Santé et des Services sociaux a publié, en juin 2008, le *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience – Afin de faire mieux ensemble*.

Cet outil, à l'intention des établissements et des agences de la santé et des services sociaux, vise à baliser l'accès aux services et leur continuité. Il s'avère un levier majeur pour une amélioration continue des services, afin de rendre le réseau plus efficient et plus équitable. À terme, sa mise en œuvre permettra :

- d'assurer aux personnes ayant une déficience un accès aux services dont elles ont besoin, dans des délais raisonnables ;

- d'optimiser et d'harmoniser les processus, la gestion de l'accès aux services et l'organisation des services.

Le succès du plan d'accès repose sur la mobilisation et la concertation des intervenants et des gestionnaires de tous les paliers décisionnels.

2.5 Le cadre de référence sur l'itinérance au Québec

Le document intitulé *L'itinérance au Québec – Cadre de référence* a été publié en septembre 2008, à la suite des travaux d'un groupe de travail et de consultations auprès de divers collaborateurs du domaine de l'itinérance. Ce document permet de mieux cerner le problème de l'itinérance et de cibler des actions structurantes pouvant améliorer l'accès pour ces personnes aux services de santé et aux services sociaux ainsi qu'au soutien communautaire.

Les quatre objectifs poursuivis par ce cadre sont les suivants : renforcer la prévention, agir sur les situations d'urgence, intensifier l'intervention et la réinsertion sociale ainsi qu'améliorer les connaissances, la recherche et la formation en matière d'itinérance. Ces objectifs guideront l'action aux niveaux national, régional et local.

Ce cadre de référence lance un défi à tous, puisqu'il décrit l'itinérance comme un phénomène multifactoriel qui exige diverses réponses. Plusieurs partenaires sont visés, et le Ministère invite chacun d'entre eux à s'engager dans une démarche commune, afin d'intervenir pour le bien-être des personnes les plus vulnérables de notre société. Les partenaires sont invités à se mobiliser et à exercer leurs activités en fonction des grands objectifs qui y sont décrits, et ce, dans le but d'assurer l'accessibilité aux services, leur qualité et leur continuité, et de faire en sorte que ceux-ci soient véritablement adaptés aux personnes visées.

Les objectifs et les actions du présent cadre contribuent à l'élaboration d'un plan d'action interministériel en itinérance.

2.6 Les actions pour réduire les pénuries de main-d'œuvre

Au cours de l'année 2008-2009, les actions pour réduire les pénuries de main-d'œuvre ont surtout été réalisées dans le secteur des soins infirmiers. En juin 2008, le ministre de la Santé et des Services sociaux lançait la stratégie de main-d'œuvre en soins infirmiers, un investissement de 81 millions de dollars sur deux ans, incluant les réalisations suivantes :

- vingt et un projets en organisation du travail dans les secteurs des soins critiques, de l'hébergement et des soins à domicile ;
- un programme national de soutien clinique pour les infirmières et infirmières auxiliaires de moins de trois ans d'expérience ;
- un programme d'acquisition d'équipements en soins infirmiers ;
- la poursuite du programme de déploiement des infirmières praticiennes spécialisées.

D'autres actions sont à mentionner dans d'autres secteurs d'activité :

- le déploiement d'interventions intégrées pour l'amélioration du climat de travail par les approches Planetree et Entreprise en santé ;
- la réorganisation du travail dans les centres de réadaptation en déficience physique ;

- l'amorce d'importants travaux sur l'organisation des services en pharmacie ;
- l'élaboration d'un premier état sur la main-d'œuvre avec le soutien d'un cadre normatif pour les données sur la main-d'œuvre.

2.7 Le Plan d'action de développement durable 2009-2013

Conformément à la Loi sur le développement durable, le Ministère a publié, en mars 2009, un plan d'action de développement durable couvrant la période de 2009 à 2013. Le Ministère a élaboré ce plan de concert avec l'ensemble de ses directions générales ainsi que différents partenaires.

Ce premier plan d'action permettra au Ministère de concourir à l'atteinte de nombreux objectifs de la *Stratégie gouvernementale de développement durable 2008-2013*. Principalement basé sur quatre orientations de la stratégie, le plan propose 16 actions qui permettront au Ministère de s'inscrire dans une réelle démarche de développement durable et d'accompagner le réseau de la santé et des services sociaux sur la même voie.

De façon plus spécifique, le Ministère s'engage, entre autres, à sensibiliser et former son personnel à la démarche de développement durable, à favoriser l'amélioration de la santé et de la qualité de vie de son personnel, à fournir des guides et des outils au personnel du Ministère et du réseau en matière de gestion environnementale et d'écoresponsabilité ainsi qu'à soutenir le réseau et à promouvoir la mise en commun des initiatives en matière de développement durable.

Parallèlement à ces engagements, le Ministère et le réseau ont poursuivi leurs efforts en matière d'efficacité énergétique. Des informations concernant les investissement effectués dans le cadre du *Plan d'action 2006-2012 sur les changements climatiques* ainsi que leurs retombées sont présentées à la section 6.5.

2.8 Le rapport du Comité d'implantation de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux

Le gouvernement du Québec a annoncé, en mars 2008, son intention de créer l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), qui aurait pour mission de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources. Pour concrétiser cette volonté, le Comité d'implantation de l'INESSS, présidé par monsieur Claude Castonguay, a été mandaté pour préciser les modalités de mise en œuvre de l'Institut. Après avoir été déposé au ministre, le rapport a été rendu public par le Comité en février 2009.

Le rapport du Comité d'implantation de l'INESSS contient des recommandations au regard du mandat et des fonctions de l'INESSS, de sa structure de gouvernance ainsi que des relations entre l'Institut et les différents organismes et experts avec qui il serait appelé à collaborer.

2.9 Le Dossier de santé du Québec

Le Dossier de santé du Québec (DSQ) est un outil qui permettra de rendre accessibles électroniquement, aux professionnels de la santé habilités, certaines informations cliniques utiles pour le suivi et la prise en charge des patients, quel que soit le lieu où ceux-ci recevront des services de santé à travers le Québec.

L'année 2008-2009 a été marquée par le début du projet expérimental dans la région de la Capitale-Nationale. Une version préliminaire d'un sous-ensemble des composantes du DSQ a été installée pour un nombre restreint d'intervenants. Cette expérimentation a permis d'alimenter pour la première fois les dossiers de santé de quelque 10 000 usagers participants avec des données sur les médicaments ou les résultats de laboratoires. La première phase de ce projet expérimental, qui a pris fin le 30 juin 2009, permettra notamment d'ajuster la stratégie de mise en œuvre pour le déploiement du DSQ.

Par ailleurs, le projet de loi n° 70 a été adopté par l'Assemblée nationale le 27 mai 2008. Ce projet de loi introduisait une approche de consentement implicite de l'usager avec droit de refus, afin de favoriser une participation maximale de la population au DSQ ainsi que la mobilisation souhaitée des cliniciens.

2.10 La modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal

Le projet du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), celui du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) ainsi que le projet Grandir en santé du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine) viennent compléter la vaste modernisation de la médecine universitaire montréalaise. Ensemble, ces projets permettront au Québec de se doter d'infrastructures modernes essentielles au rehaussement de l'accessibilité et de l'excellence des soins de même qu'à son rayonnement dans le secteur de la santé.

En 2008-2009, le lancement des appels de propositions pour le Centre de recherche du CHUM, le CHUM et le campus Glen du CUSM a sans doute constitué l'étape la plus marquante du processus de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal. La réalisation d'estimations crédibles pour chacun des projets, l'obtention des autorisations et la préparation des documents contractuels avec l'Agence des partenariats public-privé du Québec ont mobilisé une grande partie des efforts consacrés au dossier.

Partie 3

Les résultats au regard du Plan stratégique 2005-2010

La présente partie fait état des principaux résultats atteints au regard des objectifs du *Plan stratégique 2005-2010* du Ministère. Elle se divise en cinq sections.

Les quatre premières sections présentent les résultats pour l'année 2008-2009 en fonction des quatre enjeux du plan stratégique :

- Le développement d'actions efficaces en amont des problèmes.
- L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables.
- L'amélioration de la qualité des services ainsi que l'optimisation de l'utilisation des ressources qui soutiennent la prestation des services.
- La gestion efficiente des ressources financières allouées au réseau de la santé et des services sociaux.

Dans chacune de ces sections, les objectifs pour lesquels des actions déterminantes ont été accomplies sont regroupés par thèmes et ils sont assortis de commentaires sur les résultats atteints. D'autres résultats sont également présentés sommairement. Tous ces résultats sont de portée nationale. Les rapports annuels de gestion des agences de la santé et des services sociaux permettent d'obtenir des portraits régionaux de l'atteinte des résultats.

La cinquième et dernière section présente l'évolution des principaux résultats de 2005-2006 à 2008-2009. L'année prochaine, soit au terme des cinq années couvertes par le plan stratégique, le Ministère présentera, dans son rapport annuel de gestion, un sommaire de l'atteinte de l'ensemble des objectifs du *Plan stratégique 2005-2010*.

La fiabilité des résultats

Une partie importante de la reddition de comptes du Ministère repose sur les résultats obtenus dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité conclues avec les agences. Ces résultats sont produits à partir de données provenant des agences ou des établissements qui sont entérinées par les bilans annuels fournis par les agences. Une déclaration de chaque président-directeur général des agences atteste de la fiabilité des bilans.

Par ailleurs, une confirmation des résultats n'est possible qu'à partir de données provenant des banques d'information centrales, soit quelques mois après la date de tombée du rapport annuel de gestion. Des travaux effectués par le Ministère ont permis d'estimer que les écarts entre les données présentées dans le rapport annuel de gestion et les données finales sont minimes. Ainsi, on peut affirmer que les données qui apparaissent dans le rapport annuel de gestion livrent une information significative et répondent aux impératifs émanant du suivi des objectifs ministériels.

En raison de leurs caractéristiques sociosanitaires et administratives, les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James exigent la prestation de services distincts, dont le suivi ne peut se faire au moyen des indicateurs utilisés dans les autres régions. En conséquence, les données pour ces régions ne sont pas incluses dans le présent rapport, à moins d'avis contraire.

ENJEU

3.1 Le développement d'actions efficaces en amont des problèmes

Orientation : **Améliorer la santé et le bien-être de la population par une action efficace en promotion, en prévention et en protection**

3.1.1 Les saines habitudes de vie

Objectif **Implanter l'approche École en santé dans les écoles, et ce, en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la commauté**

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
Nombre d'écoles où est implantée l'approche École en santé	689 écoles sur 2 810, soit 25 %[1]	Augmentation	1 025 écoles sur 2 944, soit 35 %

1. Le résultat de 2007-2008 ne concerne que 15 des 16 régions, soit celles pour lesquelles les données sont disponibles. Par contre, le résultat de 2008-2009 concerne les 16 régions.

L'approche École en santé vise à accroître, par une action globale et concertée, l'efficacité des interventions de promotion et de prévention auprès des jeunes en milieu scolaire (primaire et secondaire) en vue d'améliorer la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes. Elle propose aux milieux scolaires et à leurs partenaires une démarche et des outils favorisant la mise en place des meilleures pratiques de promotion et de prévention au regard de l'ensemble des situations préoccupantes de santé et bien-être chez les jeunes. Ces pratiques doivent s'insérer dans les différentes composantes du renouveau pédagogique et s'arrimer aux activités quotidiennes de l'école.

L'approche École en santé a été privilégiée par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport de même que le ministère de la Santé et des Services sociaux pour intégrer les interventions de promotion et de prévention, et ce, en vertu de l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux, renouvelée en 2003. Les deux ministères, avec la collaboration de l'Institut national de santé publique du Québec, accompagnent les gestionnaires et les intervenants de leur réseau respectif dans le déploiement de l'approche École en santé. En outre, cette approche est confirmée de nouveau dans le *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*.

Au 31 mars 2009, 35 % des écoles publiques du Québec, soit 1 025 sur 2 944, ont mis en œuvre cette approche, ce qui représente une augmentation considérable par rapport au résultat obtenu l'année dernière.

3.1.2 La prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang

Objectif **Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du virus de l'hépatite C et des infections transmissibles sexuellement et par le sang**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Nombre d'activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs des SIDEP	3 904	ND	4 438
Nombre d'activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables du SIDEP dans les lieux où sont situés les SIDEP (CSSS mission CLSC)	15 209	ND	12 490
Nombre d'interventions de vaccination des clientèles vulnérables hors les murs des SIDEP	6 112	ND	6 491
Nombre d'interventions de vaccination des clientèles vulnérables du SIDEP dans les lieux où sont situés les SIDEP (CSSS mission CLSC)	3 662	ND	3 157

Le dépistage et l'immunisation représentent des activités importantes de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Ces activités sont inscrites au *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*. Elles peuvent être offertes à l'intérieur ou hors les murs des services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP).

Les activités à l'intérieur des murs des SIDEP ont diminué par rapport à la période précédente. Toutefois, on observe une légère augmentation des activités hors les murs ce qui s'avère une stratégie efficace pour rejoindre les populations vulnérables. Par ailleurs, le défi de rejoindre ces clientèles dans leur milieu de vie demeure, et les efforts en ce sens doivent être poursuivis.

3.1.3 Autres résultats

Objectif **Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation par la ligne téléphonique 1 800	13 831	18 000	20 695
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme	Individuel : 5 465 En groupe : 1 099	ND	Individuel : 5 755 En groupe : 1 064

Objectif **Poursuivre la mise en œuvre du Programme d'immunisation du Québec et du Système d'information vaccinal**

Indicateurs	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
Taux de couverture vaccinale contre l'influenza en CHSLD	87 %[1]	ND	87 %[1]

1. Les résultats incluent les régions du Nord-du-Québec et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

ENJEU

3.2 L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables

Orientation : **Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne et réduire l'encombrement des urgences**

3.2.1 Les groupes de médecine de famille

Objectif **Assurer à la population l'accès à un médecin de famille, notamment par la mise en place de l'équivalent de 300 groupes de médecine de famille d'ici 2010**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Nombre total de GMF implantés	157 GMF	197 GMF	193 GMF
Nombre total de cliniques-réseau implantées	29 cliniques-réseau	41 cliniques-réseau	35 cliniques-réseau
Pourcentage de la population inscrite en GMF au 31 mars	18 %, soit 1 376 141 personnes	Ne s'applique pas	25 %, soit 1 821 827 personnes

L'implantation de groupes de médecine de famille (GMF) vise à faciliter l'accès à un médecin de famille ainsi qu'à améliorer la qualité et la continuité des soins médicaux généraux offerts à la population. Elle entraîne des changements de la pratique professionnelle et le développement de la collaboration professionnelle entre les médecins, les infirmières et les autres professionnels du réseau afin d'offrir une gamme complète de services et ainsi assurer un suivi global des personnes inscrites, dans un environnement favorisant la pratique de la médecine de famille.

Au 31 mars 2009, 193 GMF étaient implantés au Québec. Cela implique environ 416 lieux cliniques, 2 582 médecins, soit environ 41 % des omnipraticiens qui travaillent en cabinet et en centre local de services communautaires. De plus, 310 infirmières y travaillent et 75 centres de santé et de services sociaux sont partenaires par des ententes.

La venue de nouveaux GMF dépend de l'émergence de projets sur le terrain. En 2008-2009, 36 nouveaux GMF ont vu le jour au Québec comparativement à 32 l'année précédente. La promotion des GMF se poursuit et une trentaine de projets étaient en préparation dans les régions au 31 mars 2009.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a élaboré en 2007, en collaboration avec les agences de la santé et des services sociaux, une approche progressive pour des groupes qui s'engagent à assumer l'offre de service attendue d'un GMF à terme alors qu'ils ne peuvent l'offrir complètement à la date de leur accréditation. Au 31 mars 2009, cette voie était explorée pour deux autres projets en préparation.

L'inscription en GMF s'adresse à toute la population, et le nombre de patients inscrits inclut les clientèles vulnérables suivies en GMF. Au 31 mars 2009, 1 821 827 personnes étaient inscrites en GMF, soit 25 % de la population du Québec. La prise en charge de la clientèle par les omnipraticiens se mesure aussi en inscriptions de la clientèle hors GMF. Ainsi, plus de deux millions de personnes étaient inscrites auprès d'un médecin de famille, en GMF et hors GMF, ce qui porte le pourcentage total d'inscriptions de la population du Québec à plus de 36 %.

En 2008-2009, le Ministère a revu les modalités concernant l'informatisation des GMF afin d'en améliorer le processus et d'offrir plus d'autonomie et de flexibilité. Ces modalités seront en vigueur progressivement à compter de 2009. Par ailleurs, si l'on exclut ceux n'ayant pas terminé le déploiement informatique, le pourcentage des GMF ayant un accès électronique aux résultats de laboratoires s'élève à plus de 80 %. De même, plus de 55 % des GMF ont opté pour un aviseur pharmacothérapeutique avec module de prescription, qui, à terme, sera interopérable avec le Dossier de santé du Québec.

Depuis 2007-2008, le Ministère accorde un soutien financier pour la création de cliniques-réseau. Axé sur l'accessibilité aux services sept jours sur sept, et particulièrement aux heures défavorables, chacun des modèles régionaux de cliniques-réseau offre un pourcentage de prise en charge de la clientèle en maintenant un rapport entre les heures avec rendez-vous et les heures sans rendez-vous. Au 31 mars 2009, 26 cliniques-réseau étaient accréditées à Montréal, 4 l'étaient en Montérégie et 5 l'étaient à Québec, pour un total de 35 cliniques-réseau. Une dizaine de projets étaient également en préparation dans les différentes régions.

3.2.2 Les urgences

Objectif **Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :**
- **séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins (en 2010)**
- **0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur une civière à l'urgence (en 2010)**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009[1]	Résultats 2008-2009
Séjour moyen sur civière	16,5 heures	ND	17,1 heures
Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur une civière à l'urgence	6,1 %	ND	6,4 %

1. Des cibles annuelles sont fixées par région dans le cadre des ententes de gestion signées avec les agences.

En septembre 2008, le Ministère a créé la Direction nationale des urgences et y a intégré le Centre de coordination nationale des urgences. C'est donc cette nouvelle direction qui effectue maintenant le suivi des activités des urgences du Québec.

Le Ministère, en collaboration avec les agences de la santé et des services sociaux, a assuré un suivi intensif auprès des urgences en difficulté afin de les soutenir dans l'élaboration d'objectifs de redressement.

Le déploiement des systèmes d'information dans les urgences se poursuit, et 99 urgences fournissent maintenant au Ministère des informations lui permettant de suivre la situation par rapport à l'achalandage et à l'encombrement. Le nombre total de visites comptabilisées pour ces 99 urgences se chiffre à 3 065 889 pour l'année 2008-2009. Ce nombre inclut la clientèle ambulatoire et la clientèle sur civière.

En 2008-2009, une légère détérioration des résultats est observée : le séjour moyen sur civière a augmenté de 0,6 heure, alors que le pourcentage des séjours de 48 heures et plus a subi une augmentation de 0,3 point de pourcentage.

Parmi les facteurs qui expliquent cette situation, il faut considérer des augmentations de 6,1 % du nombre d'usagers sur civière de 75 ans et plus, de 3,3 % du nombre d'usagers arrivés en ambulance ainsi que de 1,4 % du nombre d'usagers sur civière, comme l'indique le tableau ci-dessous. Près de la moitié des usagers installés sur civière arrivent en ambulance. On considère que la clientèle âgée et celle qui est amenée à l'urgence en ambulance nécessite davantage de soins et de services.

Achalandage des unités d'urgence

	Nombre d'usagers sur civière	Nombre d'usagers arrivés en ambulance	Nombre d'usagers sur civière ≥ 75 ans
2007-2008	985 424	413 058	230 554
2008-2009	998 893	427 075	244 532
Écart en nombre	13 469	14 017	13 978

L'amélioration des résultats des urgences est directement en lien avec d'autres composantes du réseau, dont l'accessibilité aux services de première ligne ainsi qu'aux services de longue durée et de soutien à domicile, l'accessibilité aux lits de courte durée pour la clientèle à admettre par l'urgence et la disponibilité des ressources humaines. Pour l'année 2009-2010, les efforts se poursuivront pour diminuer le nombre d'usagers ayant des séjours excessifs à l'urgence.

Orientation : **Améliorer l'accès aux services de chirurgie et de cardiologie tertiaire en vue de réduire les listes d'attente**

3.2.3 Les chirurgies et la cardiologie tertiaire

Objectif **Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une :**
- **chirurgie de la cataracte**
- **arthroplastie de la hanche**
- **arthroplastie du genou**
- **chirurgie avec hospitalisation**
- **chirurgie d'un jour**

Indicateurs	Résultats 2007-2008[1]	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Pourcentage des patients qui ont été opérés à l'intérieur de 6 mois :			
• Chirurgies de la cataracte	93 %	90 %	95 %
• Arthroplasties de la hanche	85 %	90 %	91 %
• Arthroplasties du genou	84 %	90 %	87 %
• Chirurgies avec hospitalisation	93 %	90 %	94 %
• Chirurgies d'un jour	93 %	90 %	91 %

1. De juin 2007 à mars 2008

Objectif **Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en cardiologie tertiaire**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en :			
• Hémodynamie	Catégorie A : 91,9 % Catégorie B : 90,4 %	Catégorie A : 100 % Catégorie B : 90 %	Catégorie A : 95,1 % Catégorie B : 96,4 %
• Chirurgie cardiaque	Catégorie A : 86,1 % Catégorie B : 67,5 %	Catégorie A : 100 % Catégorie B : 90 %	Catégorie A : 92,4 % Catégorie B : 80,8 %
• Électrophysiologie	Catégorie A : 73,2 % Catégorie B : 49,5 %	Catégorie A : 100 % Catégorie B : 75 %	Catégorie A : 75,9 % Catégorie B : 50,7 %

Légende
Hémodynamie : Catégorie A : moins de 2 semaines – Catégorie B : de 2 semaines à 2 mois
Chirurgie cardiaque : Catégorie A : moins de 2 semaines – Catégorie B : de 2 semaines à 3 mois
Électrophysiologie : Catégorie A : moins de 72 heures – Catégorie B : de 72 heures à 3 mois

Les chirurgies

L'amélioration de l'accessibilité aux services de chirurgie se mesure désormais par un nouvel indicateur, soit le pourcentage des patients qui ont été opérés à l'intérieur de six mois. La mise en place d'un mécanisme central de gestion de l'accès et d'un nouvel outil informatique permet d'assurer le suivi des délais d'accès aux services de chirurgie depuis juin 2007. Cependant, pour assurer dans le rapport annuel de gestion une continuité dans la présentation des résultats couvrant la période du plan stratégique, soit 2005-2010, des données sur le nombre de chirurgies effectuées sont également présentées.

Au cours de la dernière année, la proportion de patients qui ont été opérés à l'intérieur de six mois a augmenté pour les chirurgies de la cataracte, les arthroplasties de la hanche et du genou ainsi que les chirurgies avec hospitalisation. Cependant, la réduction des délais d'accès demeure un défi important et une priorité gouvernementale. Ainsi, dans le but d'améliorer la situation, le Ministère a déployé des efforts importants en collaboration avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec, les agences de la santé et des services sociaux ainsi que les centres hospitaliers afin de rendre plus efficients les blocs opératoires des centres hospitaliers du Québec et d'implanter une gestion active des listes d'attente.

Nombre de chirurgies réalisées de 2005-2006 à 2007-2008

	Résultats 2005-2006	Résultats 2006-2007	Résultats 2007-2008
Chirurgies de la cataracte	70 175	73 482	79 802
Arthroplasties de la hanche	4 474	4 421	4 859
Arthroplasties du genou	5 863	6 171	6 463
Chirurgies avec hospitalisation[1-2]	158 410	158 140	158 442
Chirurgies d'un jour[1-3]	190 446	190 165	191 372
Total	429 368	432 379	440 938

Source : Med-Écho. Les données finales et validées 2008-2009 ne seront disponibles qu'à l'automne 2009.
1. Incluant les chirurgies effectuées dans les régions 17 (Nunavik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James).
2. À l'exclusion des chirurgies cardiaques, des arthroplasties de la hanche et du genou ainsi que des chirurgie de la cataracte.
3. À l'exclusion des chirurgies de la cataracte.

La cardiologie tertiaire

Au Québec, les maladies cardiovasculaires sont l'une des causes les plus importantes de morbidité et de mortalité. L'évolution technologique entraîne des changements majeurs dans la façon de traiter les patients atteints de maladies coronariennes et d'arythmie cardiaque.

En 2008-2009, 95,1 % des patients en hémodynamie de catégorie A (moins de 2 semaines) et 96,4 % des patients de catégorie B (de 2 semaines à 2 mois) ont été traités à l'intérieur des délais établis, ce qui constitue une amélioration par rapport à 2007-2008, où les proportions s'établissaient à 91,9 % pour les patients de catégorie A et à 90,4 % pour les patients de catégorie B.

L'accessibilité aux services de chirurgie cardiaque s'est également améliorée. En 2008-2009, 92,4 % des patients de catégorie A (moins de 2 semaines) et 80,8 % des patients de catégorie B (de 2 semaines à 3 mois) ont été traités à l'intérieur des délais établis. En 2007-2008, ces proportions étaient respectivement de 86,1 % et de 67,5 %.

Depuis 2005-2006, on constate une baisse progressive du nombre de procédures d'hémodynamie et de chirurgie cardiaque effectuées, ce qui démontre bien l'impact de l'évolution de la pratique médicale en cardiologie tertiaire au cours des dernières années.

De 2007-2008 à 2008-2009, la proportion de patients en électrophysiologie de catégorie A (moins de 72 heures) est passée de 73,2 % à 75,9 %, alors que celle de patients catégorie B (de 72 heures à 3 mois) est passée de 49,5 % à 50,7 %. Les demandes pour le service d'électrophysiologie sont en constante croissance depuis plusieurs années. L'utilisation du défibrillateur cardiaque interne (DCI) est de plus en plus répandue à la suite de nouvelles indications en prévention primaire, et le traitement des patients par ablation de fibrillation auriculaire est de plus en plus courant. En 2008-2009, 7 495 procédures en électrophysiologie (incluant les cardiostimulateurs) ont été effectuées, dont 1 923 DCI et 1 944 ablations, ce qui représente une augmentation de 1 212 procédures depuis 2005-2006. Au cours de

l'année, 55 % des demandes pour DCI et 53 % des demandes pour ablation ont été réalisées dans les délais.

Orientation : **Offrir un continuum de services pour la lutte contre le cancer**

3.2.4 La lutte contre le cancer

Objectif **Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein**

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
Taux de participation au programme	53,1 %	Augmentation	54,8 %

Objectif **Assurer la disponibilité des équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales de lutte contre le cancer**

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
Nombre d'équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales visitées et évaluées	70 équipes locales 10 équipes régionales 64 équipes suprarégionales	Augmentation	70 équipes locales 10 équipes régionales 75 équipes suprarégionales

Objectif **Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de quatre semaines**

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
Nombre de patients médicalement prêts pour le début du traitement en attente depuis plus de 4 semaines	49	Ne s'applique pas	23
Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 4 semaines	95 % (moyenne des 4 semaines de la période 13)	90 %	97 % (moyenne des 4 semaines de la période 13)

Objectif **Accroître l'accès aux services de soins palliatifs :**
- **en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile**
- **en augmentant l'intensité des services**

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
Nombre de personnes desservies à domicile	18 701 (excluant les services offerts par les organismes communautaires)	20 512	19 047 (excluant les services offerts par les organismes communautaires)
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne	18,6	16,0	19,7

Avec plus de 42 000 nouveaux cas estimés en 2008, le cancer reste la première cause de mortalité au Québec. En dépit des progrès remarquables dans le traitement de certaines formes de cancers, il reste encore beaucoup de défis à relever.

Après plus d'une décennie, le Programme québécois de lutte contre le cancer constitue toujours l'assise de la stratégie du Québec de lutte contre le cancer. Les *Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer* préconisent les axes d'intervention et les mesures les plus susceptibles d'apporter des résultats tangibles dans l'amélioration des soins et des services offerts aux personnes touchées.

Le dépistage du cancer du sein

L'objectif du Programme québécois de dépistage du cancer du sein est de réduire la mortalité causée par ce type de cancer. Il cible les femmes âgées de 50 à 69 ans. Le taux de participation est en hausse constante depuis le début du programme, il y a maintenant dix ans. Ainsi, en décembre 2008, ce taux a connu une hausse de 1,7 point de pourcentage par rapport à l'année précédente.

Les lettres d'invitation personnalisées, envoyées aux femmes pour participer au programme, combinées aux campagnes d'information et de sensibilisation faites à l'échelle tant régionale que provinciale contribuent grandement au succès du programme. Il convient également de souligner l'apport important des unités mobiles dans l'amélioration de l'accès au programme.

Les équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer

La mise en place des équipes interdisciplinaires (avec un mandat local, régional ou suprarégional), telle qu'elle est préconisée par le Programme québécois de lutte contre le cancer, constitue la pierre angulaire de l'organisation des soins et des services en cancer. En effet, en plaçant le patient au cœur de leurs préoccupations, les équipes interdisciplinaires facilitent les échanges entre les intervenants et aident au décloisonnement des spécialités.

Les équipes locales doivent assurer les services généraux et spécifiques de lutte contre le cancer (promotion de la santé, prévention, dépistage, traitements dont la chimiothérapie, services d'adaptation et de soutien, soins palliatifs). Les équipes régionales offrent des services généraux et spécialisés, dont l'expertise et le conseil pour les cancers les plus fréquents (sein, poumon, colorectal, prostate) et les cancers du système hématopoïétique. Les équipes suprarégionales, quant à elles, doivent développer une expertise dans un siège tumoral spécifique, un cancer rare ou une problématique particulière. Les équipes suprarégionales exigent des professionnels ultraspécialisés et une infrastructure à la fine pointe de la technologie.

Les visites d'évaluation ont été effectuées par des experts reconnus dans leurs domaines, sous la supervision du Groupe-conseil de lutte contre le cancer. À ce jour, dans l'ensemble du Québec, ont été évaluées :

- 70 équipes, pour un mandat local, dont 47 ont reçu leur statut de désignation ;
- 10 équipes, pour un mandat régional, dont 6 ont reçu leur statut de désignation ;
- 75 équipes, pour un mandat suprarégional, dont 48 ont reçu leur statut de désignation.

Les équipes ont été évaluées selon leur conformité avec neuf éléments : un engagement formel, une structure organisationnelle, des ressources assignées uniquement à l'équipe, une formation continue pour les intervenants, un fonctionnement interdisciplinaire, une intégration avec les partenaires, des stratégies pour favoriser la participation de la personne atteinte et de ses proches, un processus de standardisation et de contrôle de la qualité ainsi qu'un processus d'évaluation (monitorage des résultats). Outre l'analyse de conformité à

l'égard des critères établis, les équipes reçoivent des recommandations dans un esprit d'amélioration continue des services.

Les services spécialisés en radiothérapie

En 2008-2009, la proportion de patients nécessitant un traitement de radio-oncologie et traités à l'intérieur d'un délai de quatre semaines à partir de la date où ils étaient médicalement prêts s'est située au-delà de la cible de 90 %, à l'exception des quatre semaines comprises entre le 4 juillet et le 25 juillet 2008, où le pourcentage a varié entre 88 et 89 %. Le pourcentage a atteint et s'est maintenu à 98 % du 17 octobre 2008 au 2 janvier 2009, soit pendant 12 semaines consécutives. La moyenne des quatre semaines de la période 13 a été de 97 %.

Les soins palliatifs

La *Politique en soins palliatifs de fin de vie* vise à favoriser l'accessibilité aux soins et aux services de fin de vie, leur continuité ainsi que leur qualité, notamment au domicile des personnes. Le nombre de personnes ayant reçu des services des intervenants du réseau est passé de 18 701 l'an dernier à 19 047 cette année, soit une augmentation de près de 2 %. Ces données excluent les soins palliatifs à domicile prodigués par des organismes communautaires et prévus selon des ententes de service convenues avec certaines agences. Les agences confirment ne pas avoir de liste d'attente en cette matière.

De 2007-2008 à 2008-2009, le nombre moyen d'interventions à domicile par personne est passé de 18,6 à 19,7, soit une augmentation de 5,9 %, ce qui traduit une amélioration constante de la qualité et de la disponibilité des services offerts.

Orientation : **Permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer le plus longtemps possible dans leur communauté**

3.2.5 Les services de soutien à domicile

Objectif **Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile :**
- **en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté**
- **en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Nombre de personnes desservies	165 935	173 523	174 315
Nombre moyen d'interventions par personne	27,6	26,3	28,6

Objectif **Poursuivre le déploiement, dans la communauté, de formules résidentielles adaptées à caractère non institutionnel avec, entre autres, la collaboration du milieu privé et du milieu municipal**

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
Nombre de places accessibles	388	Augmentation	539

Les services de soutien à domicile

Le soutien à domicile permet à plusieurs personnes âgées en perte d'autonomie de bénéficier des services requis par leur état de santé et de bien-être, sans avoir à recourir au milieu hospitalier ou à l'hébergement institutionnel. La cible ministérielle pour l'année 2008-2009 était de 173 523 personnes âgées desservies.

En 2008-2009, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie bénéficiant de services de soutien à domicile (174 315) représente 15,4 % de la population de 65 ans et plus du Québec, ce qui constitue une augmentation par rapport à la proportion de 15,1 % (165 935) en 2007-2008.

L'intensité des services auprès des personnes desservies a également augmenté. Le nombre moyen d'interventions par personne est passé de 27,6 à 28,6.

Le déploiement de formules résidentielles adaptées

Le nombre de places accessibles dans les résidences adaptées à caractère non institutionnel est passé de 388 en 2007-2008 à 539 en 2008-2009, soit une augmentation d'environ 39 % (151 places). Une telle croissance peut s'expliquer par un intérêt marqué, dans un certain nombre de régions, pour la diversification des milieux de vie s'adressant aux personnes âgées en perte d'autonomie. Le Ministère étudie actuellement les moyens de stimuler encore davantage la diversification des milieux de vie pour les personnes en lourde perte d'autonomie.

La croissance de l'offre de service pour l'ensemble de ces indicateurs démontre l'intérêt porté par les régions pour la mise en œuvre des services permettant aux personnes de demeurer dans leur communauté malgré une perte d'autonomie qui nécessiterait autrement une institutionnalisation.

3.2.6 La qualité des services en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Objectif

Poursuivre la démarche d'appréciation de la qualité des services par les visites en centre d'hébergement et de soins de longue durée :

- **que 60 % des installations soient visitées d'ici 2010, ce qui suppose une moyenne de 10 % des installations par année**
- **que 70 % des installations visitées aient mis en œuvre, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, les orientations ministérielles**
- **que chaque installation ait atteint, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, 70 % et plus des objectifs définis dans le plan de correctifs convenu avec l'agence, à la suite du dépôt du rapport d'appréciation**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Pourcentage d'installations visitées	11,5 %, soit 54 installations	12 %, soit 58 installations	12 %, soit 58 installations
Pourcentage d'installations ayant mis en œuvre, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, les orientations ministérielles	51 %, soit 21 installations	70 %, soit 41 installations	83 %[1], soit 45 installations
Pourcentage d'installations ayant donné suite, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, à 70 % et plus des recommandations émises	37 %, soit 14 installations	70 %, soit 41 installations	47 %[2], soit 24 installations

1. Le pourcentage a été calculé sur le nombre d'installations visitées en 2007-2008, soit 54 installations.
2. Le pourcentage a été calculé sur 51 des 54 installations visitées en 2007-2008, car certaines données ne sont pas disponibles.

Les visites d'appréciation effectuées dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée

Les principaux thèmes abordés lors des visites d'appréciation sont la qualité des services et des activités ainsi que leur accessibilité, l'environnement humain et physique de même que les mesures contribuant à un milieu de vie de qualité.

Les visites dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) hébergeant des personnes âgées sont effectuées depuis six ans. Entre septembre 2008 et juin 2009, 58 nouvelles installations ont été visitées. La cible annuelle a été maintenue à 12 % des installations existantes. Au total, 296 installations sur 468 ont été visitées à ce jour, soit 63 % des installations de longue durée existantes.

Cette année, les résultats présentés pour l'indicateur sur la mise en œuvre des orientations ministérielles et pour celui sur la réalisation des recommandations concernent les 54 installations visitées en 2007-2008.

L'indicateur sur le niveau d'avancement de la mise en œuvre des orientations ministérielles témoigne de l'appréciation réalisée par l'équipe de visite. Les résultats indiquent que 83 % des installations visitées ont atteint, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, les objectifs énoncés dans les orientations. Ce résultat démontre une amélioration très significative par rapport à l'année précédente, ce qui nous permet de constater que les orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* sont de mieux en mieux implantées.

Pour apprécier le suivi des recommandations formulées dans les rapports des visites, le Ministère se base sur le pourcentage des installations ayant réalisé, en totalité ou en grande partie, 70 % et plus des recommandations retenues. Les résultats indiquent que 47 % des installations visitées en 2007-2008 ont mis en place, en totalité ou en grande partie, l'ensemble des recommandations qui leur avaient été adressées. La cible n'a donc pas été atteinte en 2008-2009. Cependant, il faut rappeler que la mise en place de certains correctifs, tels que les réaménagements physiques, peut s'échelonner sur plus d'une année. Toutefois, pour les cinq premières années du programme des visites, 195 des 238 installations, soit 82 %, ont mis en œuvre 70 % et plus des recommandations.

Enfin, entre novembre 2008 et mai 2009, cinq établissements de soins de longue durée en santé mentale ont été visités.

Les visites d'appréciation effectuées dans les ressources intermédiaires et les ressources de type familial

Depuis 2005, les ressources intermédiaires et les ressources de type familial (RI-RTF) font l'objet de visites d'appréciation. Le processus mis en place ainsi que les modalités opérationnelles sont semblables à ceux des visites en CHSLD.

En ce qui concerne les RI-RTF, 129 établissements gestionnaires ont été interpellés depuis le début du programme des visites. Entre septembre 2008 et juin 2009, 15 établissements pour la clientèle des personnes âgées et 4 en déficience physique ont été visités.

Les visites d'appréciation se poursuivront en 2009-2010 dans les CHSLD et les RI-RTF.

Orientation : **Intervenir de façon précoce, intensive et en continuité, le plus près possible des milieux de vie, afin de prévenir l'aggravation et la récurrence des problèmes d'adaptation sociale des jeunes et des familles**

3.2.7 Les services destinés aux jeunes et à leur famille

Objectif **Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, en s'assurant, en 2010, de rejoindre 80 % des mères âgées de moins de 20 ans ainsi que des mères âgées de 20 ans et plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de la pauvreté**

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
Proportion de femmes visées rejointes	ND [1]	Augmentation	69,7 %

1. La source des données du dénominateur ayant changé, les résultats 2007-2008 ne sont pas disponibles.

Objectif **Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux :**

- **desservir les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans, en 2010**
- **accroître le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Nombre et proportion de jeunes rejoints	7,46 %, soit 112 332 jeunes	7,81 %, soit 116 137 jeunes	7,75 %, soit 115 307 jeunes
Nombre moyen d'interventions par jeune	6,71	6,72	7,05

Objectif **Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) :**

- **12 jours calendrier pour les services d'évaluation (LPJ)**
- **30 jours calendrier pour l'application des mesures (LPJ)**
- **14 jours calendrier entre l'ordonnance et la prise en charge (LSJPA)**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Délai moyen d'attente à l'évaluation en protection de la jeunesse	15,4	13,6	15,6
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse	18,5	22,1	14,1
Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA	26,7	18,1	15,4

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) visent à soutenir les familles en situation de vulnérabilité afin, d'une part, de prévenir les problèmes d'abus, de négligence et de violence envers les enfants et, d'autre part, de favoriser le développement optimal des enfants de 0 à 5 ans. Les SIPPE permettent de soutenir les femmes enceintes et les parents dans l'établissement d'une relation chaleureuse avec leur enfant et dans l'exercice de leur rôle éducatif auprès de celui-ci.

Toutes les composantes des SIPPE reposent sur la nécessité d'une intervention précoce, intensive, continue et adaptée aux familles en situation de vulnérabilité. Cela se traduit par un accompagnement des familles s'actualisant principalement par des visites à domicile et des activités de groupe, un soutien à des interventions éducatives précoces auprès des enfants (réalisées en collaboration avec les services de garde éducatifs à l'enfance) et un soutien aux actions intersectorielles visant à créer des environnements favorables (réalisées principalement avec la participation d'organismes communautaires).

Les SIPPE sont implantés dans toutes les régions du Québec. Ils sont principalement offerts par les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Au cours de l'année 2008-2009, 69,7 % des femmes visées ayant accouché dans l'année ont été rejointes par le programme.

En réponse à des préoccupations des milieux de pratique sur les clientèles admissibles aux SIPPE et sur l'adéquation des services, le Ministère a mis en place cinq chantiers pour optimiser la mise en œuvre des SIPPE. Le but est de proposer des solutions appropriées en vue d'assurer la cohérence, la complémentarité et la continuité des services en périnatalité et pour la petite enfance. Ces chantiers ont débuté au printemps 2008; l'examen des recommandations en découlant est prévu à l'hiver 2010.

Les services jeunesse dans les centres jeunesse et les territoires locaux

En 2008-2009, le nombre de jeunes et de familles rejoints par les CSSS a augmenté de 2,6 % par rapport à l'exercice précédent, passant de 112 332 à 115 307. Ce gain a permis de rejoindre en 2008-2009 7,75 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans, ce qui est plus élevé que la cible pour 2010 fixée à 7,5 %. Les modifications apportées à la LPJ, entrées en vigueur le 9 juillet 2007, peuvent expliquer en partie cette augmentation. À titre d'exemple, mentionnons l'obligation donnée au Directeur de la protection de la jeunesse de diriger, avec leur consentement, les enfants et leurs parents qui ont encore besoin d'aide vers les ressources du milieu, et ce, lorsque l'intervention d'autorité de l'État n'est pas ou n'est plus nécessaire.

On observe également une augmentation de 5,1 % de l'intensité des services offerts aux jeunes et à leur famille en 2008-2009. Le nombre moyen d'interventions est passé de 6,71 à 7,05 interventions en moyenne par jeune, permettant ainsi l'atteinte de la cible du plan stratégique de 7 interventions en moyenne par usager. Au niveau régional, neuf régions ont atteint la cible, alors que les autres s'y rapprochent.

En protection de la jeunesse, la baisse de signalements anticipée compte tenu du resserrement des motifs de compromission découlant des modifications de la LPJ n'a pas été observée. L'augmentation de 1,2 % des signalements retenus pourrait s'expliquer par la détérioration de la situation économique, qui entraîne, notamment, des pertes d'emploi ayant un effet sur les familles (augmentation de la pauvreté, accroissement des problèmes sociaux). Cette augmentation, bien qu'elle soit légère, nous permet de comprendre l'augmentation du délai d'attente à l'évaluation en protection de la jeunesse, qui est passé de 15,4 jours en 2007-2008 à 15,6 jours en 2008-2009. La cible fixée pour 2010 est de 12 jours. Les résultats par centre jeunesse montrent des écarts significatifs. En effet, 9 centres

jeunesse présentent un délai moyen de 12 jours ou moins, soit 2 de plus comparativement à l'exercice de 2007-2008. Toutefois, 3 centres jeunesse ont un délai d'attente qui dépasse la cible de plus de 10 jours, le délai d'attente le plus élevé étant de 26,6 jours. Enfin, signalons les difficultés de recrutement et de rétention du personnel dans les centres jeunesse qui ont pu avoir un impact sur le délai d'attente à l'évaluation. Le Ministère continue d'assurer un suivi étroit auprès des régions qui présentent des difficultés à respecter la cible fixée.

Le délai moyen d'attente à l'application des mesures continue de s'améliorer. En effet, il est passé de 18,5 jours en 2007-2008 à 14,1 jours en 2008-2009, soit une diminution de 4,4 jours. Un seul centre jeunesse présente un délai moyen plus élevé que la cible de 2010. Par contre, les données montrent que le délai moyen de ce centre jeunesse a diminué de 9,3 jours par rapport à l'exercice précédent.

Les services offerts en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents

Pour assurer la crédibilité des sanctions et avoir un impact éducatif auprès de l'adolescent, les conséquences des ordonnances du tribunal doivent entraîner des effets sans délai sur l'adolescent. Ce faisant, en vue d'atteindre les objectifs de réadaptation le plus rapidement possible, l'intervalle de temps entre la commission d'un délit et les conséquences subies par l'adolescent qui en est l'auteur doit être le plus court possible.

Ainsi, au cours de la dernière année, le délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge a diminué de 11,3 jours, passant de 26,7 en 2007-2008 à 15,4 en 2008-2009. Ce résultat se rapproche de la cible de 14 jours fixée pour 2010. Les modifications apportées à la saisie et au traitement des données contribuent sans doute à l'amélioration du délai moyen pour la majorité des centres jeunesse.

Trois centres jeunesse ont eu un délai moyen supérieur à la cible ; des problèmes de recrutement et de rétention du personnel dans ces régions pourraient expliquer ces résultats.

Orientation : **Traiter et soutenir efficacement les jeunes et les adultes ayant un trouble mental ainsi que les personnes présentant un risque suicidaire**

3.2.8 Les services de santé mentale

Objectif **Implanter des interventions globales de prévention du suicide incluant la réduction des risques et l'établissement de réseaux de sentinelles**

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
Nombre et proportion de territoires locaux où sont formées des sentinelles	29 territoires sur 78, soit 37 % [1]	Augmentation	44 territoires sur 78, soit 56 % [1]

1. Les données ne sont pas disponibles pour 2 régions, ce qui représente 18 territoires locaux.

Objectif **Rejoindre 1,6 % de la population âgée de moins de 18 ans et 1,8 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les centres de santé et de services sociaux, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Nombre d'enfants et de jeunes (moins de 18 ans) ayant bénéficié de ces services	8 747	Augmentation	10 605
Nombre d'adultes (18 ans et plus) ayant bénéficié de ces services	42 990	Augmentation	46 735
Nombre total de jeunes et d'adultes ayant bénéficié de ces services	51 737	67 160	57 340

Objectif **Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves :**
- **en suivi intensif (56 personnes/100 000 habitants)**
- **en soutien d'intensité variable (190 personnes/100 000 habitants)**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu des services	1 617	2 311	1 826
Nombre de places en services de soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu des services	3 376	7 268	3 676

Objectif **Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Nombre d'usagers de moins de 18 ans dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	1 946	Diminution	1 680
Nombre d'usagers de 18 ans et plus dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	2 769	Diminution	2 906
Nombre total d'usagers dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	4 715	2 800	4 586

L'établissement des réseaux de sentinelles en prévention du suicide

Le *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008* prévoit la mise en place d'interventions en prévention du suicide, dont l'établissement de réseaux de sentinelles. Cette intervention consiste à former des adultes dans les différents milieux de vie afin qu'ils soient en mesure de reconnaître les comportements suicidaires et, en présence d'idées suicidaires, d'orienter les personnes vers les services d'aide appropriés. Le rôle des sentinelles repose aussi sur l'écoute, le réconfort et l'entraide qu'elles peuvent offrir aux personnes suicidaires. En 2006, le Ministère publiait un cadre de référence pour soutenir l'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide dans les régions du Québec.

De 2007-2008 à 2008-2009, le nombre de territoires locaux, incluant le territoire du Nord-du-Québec, où des sentinelles ont été formées est passé de 29 à 44, soit une augmentation de 52 %. Parmi les principaux milieux de vie rejoints, on trouve les milieux jeunesse, incluant le milieu scolaire, ainsi que les milieux de travail. L'implantation des réseaux de sentinelles dans les milieux de vie se poursuivra en 2009-2010.

L'organisation des services en santé mentale

Dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, le Ministère propose une organisation des services axée sur le renforcement des services de première ligne à rendre accessibles, en temps utile, aux personnes qui sont à risque de présenter des troubles mentaux ou qui en présentent. Ces services de première ligne sont soutenus par des services spécialisés, qui doivent également être accessibles en temps opportun afin d'assurer une qualité de services à la population.

Le virage « première ligne en santé mentale » est cohérent avec les grandes orientations de l'Organisation mondiale de la santé, notamment la perspective de rendre accessibles des services de qualité à toute la population et d'intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires. La réorganisation engagée représente un défi de taille compte tenu de la forte concentration des ressources dans les services spécialisés de deuxième et de troisième ligne.

Le Ministère vise donc à équilibrer l'offre de service actuelle, toujours nettement prépondérante sur le plan des services spécialisés, et à faire en sorte que 70 % des personnes qui nécessitent des soins pour un trouble mental puissent bénéficier d'une réponse adaptée à leurs besoins en première ligne par rapport à 30 % des personnes qui nécessitent des services plus spécialisés de deuxième et de troisième ligne. Il promeut également un

changement de pratique centré sur les soins offerts en collaboration, ce qui implique que les acteurs coordonnent leurs actions dans le cadre d'une pratique de soins partagés.

Le Ministère poursuit par ailleurs l'implantation de deux types de services dont l'efficacité est reconnue dans la littérature pour répondre aux besoins des personnes ayant des troubles mentaux graves : le suivi intensif et le soutien d'intensité variable dans la communauté.

Les services de première ligne

Les services de première ligne en santé mentale sont les principales voies d'accès au traitement et au soutien pour les personnes ayant des troubles mentaux, qu'ils soient modérés ou graves, transitoires ou persistants.

En 2008-2009, 10 605 jeunes ont reçu des services de première ligne en établissement, ce qui correspond à 0,7 % de la population de moins de 18 ans. Le nombre de personnes adultes ayant bénéficié de ces services est de 46 735, ce qui correspond à 0,8 % de la population adulte. Ces résultats indiquent une nette progression par rapport à 2007-2008, puisque 1 858 jeunes et 3 745 adultes de plus ont reçu des services.

Étant donné les investissements soutenus en 2007-2008 et 2008-2009, ces services devront continuer à se développer en 2009-2010.

Le suivi intensif et le soutien d'intensité variable

Les services de suivi intensif et de soutien d'intensité variable sont des services qui favorisent le maintien des adultes atteints d'un trouble mental grave dans la communauté. Ces services spécifiques offerts dans une perspective de réadaptation et de rétablissement constituent des éléments structurants de la gamme de services de santé mentale.

Le suivi intensif est généralement offert selon le modèle du programme *Assertive Community Treatment*. L'intervention soutenue par une équipe interdisciplinaire est nécessaire pour le traitement et intègre la participation d'un médecin.

Le soutien d'intensité variable, offert selon le modèle *Case Management*, s'adresse également aux personnes qui ont un trouble mental grave, mais dont les difficultés de fonctionnement sont moindres. L'intervenant pivot, qui offre à une même personne les services cliniques requis pendant une période prolongée de plusieurs mois, voire de quelques années, assure un soutien aux personnes dont les besoins peuvent varier sensiblement en intensité d'une période donnée à une autre.

En 2008-2009, 1 826 places de suivi intensif ont été offertes dans les établissements. Le nombre de places en soutien d'intensité variable se situe quant à lui à 3 676. Les données colligées par les établissements n'incluent pas le nombre de places de soutien d'intensité variable offertes par les organismes communautaires, que l'on estime à plus de 1 600. Ces résultats indiquent une forte augmentation de la capacité des établissements de desservir la population par rapport à 2007-2008, puisque l'on enregistre une offre accrue de 209 places de suivi intensif et de 300 places de soutien d'intensité variable.

Étant donné les investissements soutenus en 2007-2008 et 2008-2009, ces services devront continuer à se développer en 2009-2010.

L'accès au traitement spécialisé de deuxième ou de troisième ligne

Le nombre élevé de personnes en attente de services de santé mentale est un sujet très préoccupant. Au 31 mars 2009, 1 680 jeunes et 2 906 adultes étaient en attente de services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale depuis plus de 60 jours. Ces résultats

indiquent une légère diminution par rapport à l'année précédente, puisqu'au total, ce sont 129 personnes de moins qui ont connu un délai d'accès supérieur à 60 jours. En outre, les résultats indiquent une diminution significative du nombre de jeunes en attente, puisqu'à pareille date l'an dernier, 266 jeunes de plus étaient en attente de services spécialisés. Par ailleurs, on observe une baisse continue de l'attente chez les jeunes depuis les trois dernières années.

Par contre, le nombre d'adultes en attente depuis plus de 60 jours s'est accru de 137 personnes en 2008-2009. Le bilan négatif enregistré tient au fait qu'une région a connu au dernier trimestre une explosion de son nombre d'adultes en attente de services.

La mise en place des mesures prévues au *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens* permet de diminuer le nombre de références non justifiées aux services spécialisés, d'améliorer le continuum de services, d'intervenir précocement auprès d'un plus grand nombre de personnes qui présentent des troubles mentaux ou des situations de crise et de faire en sorte que seules les personnes qui requièrent des services spécialisés et surspécialisés utilisent ces services.

Orientation : **Favoriser l'intégration et la participation sociales des personnes présentant une déficience**

3.2.9 Les services destinés aux personnes présentant une déficience physique

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes présentant une déficience physique :
- **en augmentant le nombre de personnes desservies**
- **en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Nombre de personnes desservies présentant une déficience physique	38 874	43 428	38 930
Nombre moyen d'interventions par personne présentant une déficience physique	28,2	28,2	29,9

Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec, avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
Nombre de personnes desservies ayant une déficience physique	76 971	75 150	75 854

Le soutien à domicile aux personnes présentant une déficience physique

Les services de soutien à domicile constituent une dimension importante de l'offre de services destinés aux personnes ayant une déficience physique. Ils leur permettent de demeurer chez elles, d'exercer leurs différents rôles sociaux et de participer aux activités de leur communauté. Il existe de nombreux types de services offerts à la clientèle des personnes handicapées, cependant les cibles fixées concernent exclusivement les services offerts directement par les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Les résultats exposés présentent donc un portrait partiel de l'offre, étant donné qu'ils ne tiennent pas compte des services rendus dans le cadre de l'allocation directe (chèque emploi-service) ni de ceux offerts par les entreprises d'économie sociale en aide domestique.

Le nombre de personnes ayant une déficience physique desservies par les CSSS (mission CLSC) en soutien à domicile est moindre que le résultat attendu. Cette situation pourrait s'expliquer par certaines modifications apportées aux méthodes de comptabilisation, par l'augmentation de l'intensité des services ou encore par le fait que certaines régions privilégient d'autres modalités de services à domicile qui ne sont pas prises en compte par le présent indicateur. Toutefois, une amélioration significative de l'intensité des services de 1,7 intervention par personne est observée.

Un nouvel indicateur a par ailleurs été expérimenté au cours de l'année financière 2008-2009. Il a permis de recueillir de l'information sur l'ensemble des services rendus et de connaître le portrait global des efforts régionaux en matière de soutien à domicile aux personnes ayant une déficience physique. À partir de cet indicateur, il a été possible de comptabiliser un total de 443 113 heures de services professionnels d'aide à domicile achetées par les CSSS.

Les services spécialisés aux personnes présentant une déficience physique

Le réseau d'établissements offrant des services spécialisés de réadaptation en déficience physique poursuit le développement de son offre de service pour améliorer la disponibilité des services et leur accessibilité aux personnes ayant une déficience du langage ou une déficience motrice, visuelle ou auditive.

Globalement, pour l'ensemble des déficiences retenues, la cible a été dépassée. Celle-ci était fixée à 75 150 personnes, alors que 75 854 personnes ont pu bénéficier de services spécialisés, soit 704 personnes de plus que prévu.

Des efforts importants ont également été consentis au cours de la dernière année dans le but d'améliorer la gestion concernant l'accès aux services et de diminuer les délais d'attente pour les jeunes enfants.

3.2.10 Les services destinés aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement

Objectif **Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement :**

- **en augmentant le nombre de personnes desservies**
- **en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement	11 428	10 427	13 070
Nombre moyen d'interventions par personne présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement	10,7	10,9	10,0

Le soutien à domicile aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement

Les commentaires présentés dans la section sur la déficience physique (offre de service en soutien à domicile, objectifs poursuivis et portrait global des services offerts) s'appliquent également à la présente section.

La cible relative au nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement desservies par les CSSS (mission CLSC) en soutien à domicile a été dépassée. En effet, la cible était fixée à 10 427 personnes, et le résultat atteint est de 13 070, soit 2 643 personnes desservies de plus, ce qui équivaut à un dépassement de 25 % de la cible. Par contre, le nombre moyen d'interventions par personne a diminué par rapport à 2007-2008. Ainsi, le résultat 2008-2009 est inférieur à la cible de 8 %.

Par ailleurs, en 2008-2009, un nouvel indicateur visant à mesurer le nombre d'heures de services à domicile achetées par un CSSS (mission CLSC) a été expérimenté. Ainsi, au cours de la dernière année, les CSSS ont acheté 26 574 heures de services de soutien à domicile complémentaires à celles offertes par le réseau pour les personnes atteintes de déficience intellectuelle et d'un trouble envahissant du développement.

Orientation : **Agir sur les difficultés d'adaptation sociale des personnes aux prises avec une dépendance à l'alcoolisme et aux autres toxicomanies, y compris le jeu pathologique**

3.2.11 Les services destinés aux personnes aux prises avec une dépendance

Objectif **Maintenir ou accroître progressivement, selon les territoires locaux, pour les personnes susceptibles de faire une demande de service, l'accès à un programme d'intervention brève en alcoolisme et toxicomanies (ex. : *Alcochoix +*)**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Proportion de CSSS offrant le programme Alcochoix +	48 %, soit 46 territoires locaux sur 95	Implantation progressive du programme	55 %, soit 52 territoires locaux sur 95

Objectif **Accroître l'accessibilité aux services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés)**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Nombre de joueurs traités par ces services	5 178	6 068	4 735

Le programme *Alcochoix +*

Le programme d'intervention brève *Alcochoix +* s'adresse aux personnes de 18 ans et plus qui s'inquiètent des conséquences associées à leur consommation d'alcool et qui désirent modifier leurs habitudes. *Alcochoix +* leur permet de faire des choix éclairés et de réduire leur consommation. De plus, les stratégies qui leur sont proposées les aident à augmenter leur confiance et facilitent l'atteinte de leur objectif. Ce programme d'intervention brève repose sur une approche motivationnelle. De plus, il permet d'orienter des personnes vers des services spécialisés, notamment celles qui auraient développé une dépendance ou d'autres problèmes de toxicomanie.

En 2008-2009, l'implantation du programme d'intervention brève *Alcochoix +* s'est poursuivie dans plusieurs régions du Québec. On compte maintenant 81 CSSS, comparativement à 69 en 2007-2008, qui offrent le programme *Alcochoix +* dans 14 régions du Québec.

En 2008-2009, 5 autres formations, permettant de former 79 intervenants provenant des CSSS, ont été offertes dans 5 régions du Québec, et une mise à jour du manuel à l'intention des intervenants a été réalisée.

Les services spécialisés aux joueurs pathologiques

Au Québec, le taux de prévalence de personnes aux prises avec des problèmes de jeu est estimé à environ 1,7 %, soit 0,9 % de joueurs à risque et 0,8 % de joueurs pathologiques probables.

Le nombre de joueurs traités en 2008-2009 est de 4 735, ce qui représente une baisse de 443 joueurs par rapport à 2007-2008. Depuis 2005-2006, le nombre de joueurs traités décroît, celui-ci étant passé de 6 201 joueurs en 2005-2006 à 4 735 joueurs en 2008-2009.

Les facteurs permettant d'expliquer les baisses observées au cours de 2008-2009 et des dernières années restent à valider. Dans cette optique, une étude sur la prévalence du jeu pathologique au Québec sera réalisée dans la prochaine année par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture en collaboration avec le Ministère, laquelle pourra donner certains éclairages.

Toutefois, les campagnes de prévention et de sensibilisation du Ministère ont probablement contribué à conscientiser la population par rapport aux risques associés aux jeux de hasard et d'argent, et ainsi à réduire le développement de comportements de jeu à risque ou de problématiques dans la population. Par ailleurs, le déploiement, depuis 2001, de services de traitement en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec devrait avoir contribué au ralentissement de la problématique par l'accroissement du nombre de joueurs rejoints les premières années de 2001 à 2004. Ces hypothèses restent à valider.

Orientation : **Assurer des services de santé et des services sociaux adaptés aux particularités des communautés crie et inuite**

3.2.12 Les services aux communautés crie et inuite

Objectif **Mettre en œuvre le Plan stratégique et de bien-être du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James, tel qu'il a été convenu dans l'entente intervenue entre le gouvernement du Québec et les Cris. À cet effet, il faut s'assurer que, chaque année, le Conseil produit son plan d'action annuel avec les indicateurs de résultats appropriés**

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
Dépôt du plan d'action annuel	Plan d'action annuel déposé	Dépôt du plan d'action 2008-2009	Plan d'action déposé

Objectif **Mettre en œuvre la planification stratégique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik en fonction des ressources mises à sa disposition. À cet effet, s'assurer que, chaque année, la Régie se dote d'un plan d'action annuel avec les indicateurs de résultats appropriés**

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
Dépôt du plan d'action annuel	Projet de planification stratégique déposé	Dépôt du plan d'action 2008-2009	Plan d'action non déposé

Les services à la communauté crie

Le 31 mars 2005, le gouvernement du Québec et les représentants de la nation Cri signaient une entente qui permettait aux Cris d'amorcer la mise en œuvre de leur planification stratégique en matière de santé et de services sociaux (conformément aux moyens financiers prévus dans le chapitre 14 (santé) de la *Convention de la Baie-James et du Nord québécois*).

Dans ce contexte, un comité de suivi de l'entente MSSS-Cris permet d'assurer l'adéquation entre la planification stratégique et l'évolution de l'offre de service.

Dans son plan d'action, le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (CCSSSBJ) a accordé la priorité au développement de services locaux directs à la population, soit dans les centres intégrés cris, les centres multiservices, les services à la jeunesse et les services hospitaliers. De plus, la construction du centre intégré à Wemindji a été finalisée, et celui-ci est en opération depuis.

Par ailleurs, depuis l'automne 2008, plusieurs discussions ont eu lieu entre les représentants des Cris et ceux du Ministère pour prolonger l'entente, afin de permettre l'arrimage des investissements en immobilisation et la capacité de mise en place et de développement des programmes dans les villages cris. Les parties ont convenu de prolonger l'entente jusqu'au 31 mars 2011, les règles de financement s'appliquant au budget de fonctionnement du CCSSSBJ.

Les services à la communauté inuite

Le projet de planification stratégique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik est en cours de modification. Ainsi, aucun plan d'action n'a été élaboré en 2008-2009.

Toutefois, le 6 mars 2009, le Ministère et la Régie du Nunavik ont signé un protocole d'entente. Ce dernier prévoit la mise sur pied d'un comité dont le mandat consiste à discuter de questions relatives à la prestation des services de santé et des services sociaux pour la population du Nunavik et à résoudre les questions découlant du projet de planification stratégique régionale modifiée, qui sera déposé par la Régie au Ministère.

3.2.13 Autres résultats

Objectif **Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services infirmiers et psychosociaux généraux :**
- **en augmentant le nombre de personnes desservies**
- **en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Nombre de personnes desservies par les services infirmiers	535 948	ND	532 930
Nombre moyen d'interventions par personne pour les services infirmiers	2,85	ND	2,86
Nombre de personnes desservies par les services psychosociaux	61 381	63 122	64 648
Nombre moyen d'interventions par personne pour les services psychosociaux	3,68	3,74	3,62

Objectif **Garantir, en tout temps et à toute la population, un accès aux services d'information et de conseils, de référence et d'orientation par Info-Santé 24/7, dans un délai de moins de 4 minutes**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Proportion d'appels traités régionalement par Info-Santé dans un délai de moins de 4 minutes	57 %	ND	51 %
Taux d'utilisation/1 000 habitants	249	ND	269

Objectif **Implanter les services de prévention des chutes destinés aux personnes âgées vivant à domicile dans tous les territoires locaux, tel que défini dans le cadre de référence ministériel**

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
Proportion de territoires locaux où sont implantés ces services [1]	77 territoires sur 96, soit 80,2 %	Augmentation	88 territoires sur 96, soit 91,7 %

1. Fait référence à la proportion de territoires locaux qui ont implanté l'un ou l'autre des deux types d'interventions en lien avec ces services (volet personnalisé et volet non personnalisé).

Objectif **Rehausser les soins et les services pour les personnes actuellement hébergées dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées :**

- **en soins infirmiers et d'assistance à un niveau de 3 heures travaillées par jour-présence en 2010**
- **en services professionnels pour atteindre 0,23 heure travaillée par jour présence en 2010 (nutrition clinique, pharmacie, physiothérapie, ergothérapie, etc.)**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance	3,06	3,03	3,17
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels	0,23	0,22	0,23

Objectif **Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes présentant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de personnes dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien pour le répit-gardiennage-dépannage par allocation directe	6 017	6 484	6 133
Nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien pour le répit-gardiennage-dépannage par allocation directe	12 191	12 253	12 456

ENJEU

3.3 L'amélioration de la qualité des services ainsi que l'optimisation de l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services

Orientation : **Améliorer la qualité et assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux**

3.3.1 La qualité et la prestation sécuritaire des services

Objectif **Mettre en place des mesures spécifiques, dans 100 % des établissements, pour assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux**

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
Proportion d'établissements qui participent au système d'hémovigilance	83 établissements sur 85, soit 97,6 %	100 %	83 établissements sur 85, soit 97,6 %

Objectif **Réduire l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Taux d'infections nosocomiales qui font l'objet d'un programme de surveillance provinciale :			
• Taux de diarrhée associée au *Clostridium difficile*/10 000 patients-jours[1]	7,3	Diminution	6,4 [4]
• Bactériémies sur cathéters centraux/ 1 000 jours-cathéters[1] :			
- Soins intensifs adultes universitaires	2,3	Diminution	2,1 [4]
- Soins intensifs adultes non universitaires	8,6	Diminution	7,6 [4]
- Soins intensifs pédiatriques	2,8	Diminution	1,3 [4]
- Soins intensifs néonatals	5,7	Diminution	4,5 [4]
• Bactériémies à *Staphylococcus aureus* (SA) et à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)[1]			
- Souches de SA résistantes à la méthicilline	22,6 %	Diminution	21,7 % [4]
• Proportion d'infections cliniques à entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) parmi les nouveaux cas[2]	1,2 %	Diminution	ND
Proportion d'établissements ayant atteint le ratio d'infirmières ETC en prévention des infections nosocomiales	81,7 % des CHSGS : - 50 % avec 1 ETC ou plus/107 lits - 50 % avec un ratio de 0,8 à < 1 ETC/107 lits	1 ETC/107 lits (CHU, CAU, IU)	76 % des CHSGS : - 61,5 % avec 1 ETC ou plus/107 lits - 30,8 % avec un ratio de 0,8 à < 1 ETC/107 lits
	- 86 % avec 1 ETC ou plus/133 lits - 10,5 % avec un ratio de 0,8 à < 1 ETC/133 lits	1 ETC/133 lits (CHSGS sans désignation universitaire)	- 78,7 % avec 1 ETC ou plus/133 lits - 12 % avec un ratio de 0,8 à < 1 ETC/133 lits
	66,7 % des CHSLD : - 66,7 % avec 1 ETC/300 lits - 6,7 % avec un ratio de 0,8 à < 1 ETC/300 lits	1 ETC/300 lits (CHSLD)	52,8 % des CHSLD : - 52,8 % avec 1 ETC/300 lits - 24,5 % avec un ratio de 0,8 à < 1 ETC/300 lits

1. Les résultats 2007-2008 et 2008-2009 des DACD et des bactériémies sont tirés des portails de surveillance de l'INSPQ, en date du 8 juillet 2009. Ces données réfèrent aux périodes du 1er avril au 31 mars. Antérieurement, les rapports annuels de gestion utilisaient des résultats de rapports de surveillance produits selon des périodes de référence diverses. Aussi, les résultats de 2007-2008 du présent rapport annuel peuvent différer de ceux du rapport de l'année dernière. Les données de 2007-2008 concernant les bactériémies sur cathéters centraux ont été particulièrement modifiées en raison d'erreurs de classification des cas découlant de l'application différentielle de la définition.

2. Les données sur la proportion d'infections à ERV sont tirées de rapports annuels de l'INSPQ. Ces rapports réfèrent aux périodes de septembre à août.

3. Des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations qui seront effectuées pour les données de surveillance.

4. Le taux d'incidence couvre les périodes administratives 1 à 12. La treizième période n'est pas comprise dans le calcul, et des ajustements aux résultats pourraient être apportés à la suite de mises à jour et de validations qui seront effectuées pour les données de surveillance.

Le système d'hémovigilance

L'hémovigilance est un système de surveillance épidémiologique des effets indésirables associés à l'utilisation des produits sanguins et de produits de remplacement. En 2008-2009, plus de 99 % de l'activité transfusionnelle au Québec était couverte par le système d'hémovigilance. Les deux établissements qui n'ont pas participé au système de surveillance n'utilisent qu'une infime proportion des produits sanguins transfusés annuellement au Québec (moins de 750/345 000). Il est prévu que ces établissements participeront au système au cours de la prochaine année. Les résultats de l'analyse des données recueillies par le système de surveillance sont présentés dans le rapport 2008 du Comité d'hémovigilance du Québec, rapport qui sera disponible à l'automne dans le site du Comité : www.msss.gouv.qc.ca/hemovigilance.

Les infections nosocomiales

Les taux d'infections nosocomiales

Depuis quelques années, des programmes de surveillance d'infections nosocomiales ont été instaurés dans les installations hospitalières de courte durée. Les installations participantes sont ciblées en fonction de critères spécifiques. Les systèmes d'information sont en évolution et la qualité des informations recueillies s'améliore constamment.

Au cours de l'année financière 2008-2009, 95 installations ont participé au programme de surveillance obligatoire des diarrhées à *Clostridium difficile*. L'incidence annuelle est en constante diminution depuis l'instauration du programme en août 2004. La diminution est significative au cours des trois dernières années d'observation, alors que les taux d'incidence sont de 8,9 cas/10 000 patients-jours en 2006-2007, 7,3 en 2007-2008 et 6,4 en 2008-2009. Il est à noter que le taux périodique le plus faible jamais enregistré (5,0 cas/10 000 patients-jours) a été observé en septembre 2008.

Les résultats préliminaires 2008-2009 de la surveillance des bactériémies sur cathéters centraux dans 55 unités de soins intensifs d'hôpitaux révèlent des diminutions des taux dans les secteurs adultes universitaires et non universitaires par rapport à l'année 2007-2008. La diminution dans le secteur de la pédiatrie est relativement plus importante avec des taux d'incidence de 2,8 cas/1 000 jours cathéters en 2007-2008 et de 1,3 en 2008-2009. La diminution est un peu plus faible pour les soins intensifs néonatals des hôpitaux participants, avec des taux de 5,7 en 2007-2008 et de 4,5 en 2008-2009.

Du 1er avril 2008 au 31 mars 2009, 85 installations ont participé au programme obligatoire de surveillance des bactériémies à *Staphylococcus aureus*. Le nombre de ces bactériémies a diminué et est passé de 751 en 2007-2008 à 691 en 2008-2009. On observe une légère baisse (non significative) de la proportion de *Staphylococcus aureus* résistants à la méthicilline de 2007-2008 à 2008-2009 avec des valeurs respectives de 22,6 % et de 21,7 %.

La période de référence pour le programme de surveillance des entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) est de septembre à août. La proportion du nombre d'infections à ERV sur le nombre total de nouveaux cas d'ERV isolés en laboratoire est de 1,2 % (7/577). À titre de comparaison, bien que ces périodes ne couvrent pas celles du présent rapport, les données d'un sondage sur le nombre d'infections à ERV observées entre le 1er avril 2006 et le 30 mars 2007 montrent qu'en parallèle avec la diminution du nombre total de cas d'ERV, le nombre d'infections cliniques diminue tant pour les bactériémies (2 vs 5) que pour les autres infections (5 vs 13).

Il est à noter que d'autres programmes de surveillance d'infections nosocomiales ont été mis en place localement afin de suivre ou d'analyser des problématiques particulières.

Les infirmières affectées au programme de prévention des infections nosocomiales

Selon les études, la lutte pour la prévention des infections nosocomiales nécessite l'application de conditions essentielles. En effet, 30 % des infections nosocomiales sont évitables si ces conditions sont appliquées, notamment l'attribution de ressources humaines suffisantes. À ce sujet, le ministère de la Santé et des Services sociaux prévoit qu'en 2010, les ratios recommandés d'infirmières assignées à la prévention et au contrôle des infections seront atteints pour les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ainsi que pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Ces ratios sont les suivants :

- 1 infirmière équivalent temps complet (ETC) pour 100 lits dressés en CHSGS ayant une désignation de centre hospitalier universitaire (CHU), de centre affilié universitaire (CAU) ou d'institut universitaire (IU) ;
- 1 infirmière ETC pour 133 lits dressés en CHSGS sans désignation universitaire ;
- 1 infirmière ETC pour 250 lits dressés en CHSLD.

Il s'agit de ratios recommandés par le Comité des infections nosocomiales du Québec de l'Institut national de santé publique du Québec, de même que par la Table nationale de prévention des infections nosocomiales du Ministère.

Pour atteindre ces ratios en 2010, tous les établissements visés devaient atteindre en 2008-2009 les cibles suivantes :

- 1 infirmière ETC pour 107 lits dressés en CHSGS ayant une désignation CHU, CAU ou IU ;
- 1 infirmière ETC pour 133 lits dressés en CHSGS sans désignation universitaire ;
- 1 infirmière ETC pour 300 lits dressés en CHSLD.

Les résultats observés montrent que 76 % des CHSGS avec ou sans désignation universitaire et 53 % des CHSLD ont atteint la cible qui leur avait été fixée en 2008-2009. Le défi du réseau de la santé et des services sociaux consiste toujours à s'assurer de la progression de ces ratios.

Orientation : **Favoriser l'intégration et la cohérence des actions en matière de médicaments afin d'assurer notamment la viabilité et la pérennité du Régime général d'assurance médicaments**

3.3.2 Les médicaments

Objectif **Adopter et mettre en œuvre une politique du médicament**

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
Adoption d'une politique du médicament en 2005-2006 et évolution de sa mise en œuvre	Mise en œuvre de la *Politique du médicament*	Poursuite de la mise en œuvre de la *Politique du médicament*	Poursuite de la mise en œuvre de la *Politique du médicament*

La mise en œuvre de la Politique du médicament

Plusieurs orientations de la *Politique du médicament* ont été mises en œuvre en 2007-2008. Parmi celles-ci, mentionnons l'élargissement de la gratuité des médicaments à de nouvelles clientèles, l'encadrement des hausses de prix, les balises régissant le prix des médicaments génériques, la marge maximale de grossistes ainsi que l'encadrement réglementaire des avantages que peuvent consentir les fabricants de médicaments et que sont autorisés à recevoir les pharmaciens propriétaires. L'exercice 2008-2009 constitue la première opération complète d'application de ces orientations.

Les indicateurs d'accessibilité économique aux médicaments

Dans le cadre du *Plan stratégique 2005-2010*, le Ministère a défini deux indicateurs pour mesurer l'accessibilité économique aux médicaments :

- Le premier indicateur correspond au pourcentage des assurés adultes du régime public d'assurance médicaments qui consacrent au moins 5 % de leur revenu annuel pour se procurer des médicaments couverts par le régime public (montant déboursé à la pharmacie et prime annuelle).
- Le deuxième indicateur constitue la proportion médiane du revenu annuel des assurés adultes du régime public qui est consacrée aux médicaments couverts par le régime public.

Ces deux indicateurs portent sur les assurés considérés comme « adultes » dans le régime public d'assurance médicaments. Ainsi, ces indicateurs ne prennent pas en compte les enfants de même que les étudiants à plein temps âgés de 18 à 25 ans, qui sont regroupés, sous certaines conditions, avec les enfants. Les données actuellement disponibles permettent d'estimer ces indicateurs jusqu'à l'année 2006. On observe :

- Une légère augmentation de la proportion des personnes adultes assurées par le régime public qui consacrent au moins 5 % de leur revenu annuel à l'achat de médicaments dans le cadre du régime public. Ainsi, de 2005 à 2006, la proportion de personnes assurées qui dépensent au moins 5 % de leur revenu annuel pour l'achat de médicaments couverts par le régime est passée de 4,4 % à 4,6 %.
- Une hausse légère de la part du revenu des assurés consacrée aux médicaments achetés dans le cadre du régime public. De 2005 à 2006, la proportion médiane du revenu des assurés adultes du régime public consacrée aux médicaments a augmenté de 1,7 % à 1,8 %. En moyenne, un assuré adulte consacre, en 2006, une vingtaine de dollars de plus qu'en 2005 pour se procurer des médicaments couverts par le régime public.

Il convient de mentionner que la production de ces deux indicateurs requiert la mise en commun de données provenant de sources différentes, ce qui comporte certaines difficultés. Il faut donc considérer que ces indicateurs constituent un ordre de grandeur, puisqu'il existe une certaine imprécision dans la mesure. Il demeure que le coût annuel moyen des médicaments, par assuré, augmente plus rapidement que le revenu moyen des assurés, et cela, depuis la mise en œuvre du régime public en 1997. Il ne s'agit toutefois pas d'une situation propre au Québec, mais plutôt d'un phénomène continental, sinon mondial. Cette progression du coût des médicaments s'explique principalement par l'augmentation de la consommation des médicaments, qui découle, notamment, du vieillissement de la population et de l'arrivée sur le marché de nouvelles molécules. De plus, le prix des nouveaux médicaments est généralement plus élevé que celui des médicaments plus anciens.

Pour favoriser l'accessibilité économique aux médicaments, la *Politique du médicament* a privilégié une approche ciblée, c'est-à-dire l'octroi de la gratuité aux clientèles les plus vulnérables du régime public. En ce sens, le nombre de personnes qui profitent de

l'élargissement de la gratuité des médicaments constituerait un indicateur plus approprié pour mesurer les efforts consentis en cette matière par le gouvernement. Pour cette raison, les deux indicateurs prévus à la planification stratégique ne seront pas repris dans le rapport annuel de 2009-2010.

Précisons que l'élargissement de la gratuité des médicaments à de nouvelles clientèles, mouvement amorcé en 2005, a bénéficié à 313 460 assurés du régime public (sur la base des données de l'exercice 2008-2009).

Globalement, près d'un assuré sur trois du régime public n'a rien à débourser pour se procurer des médicaments couverts par ce régime, soit 1 million d'assurés sur un total de 3,2 millions.

Orientation : **Informer la population sur son état de santé et de bien-être et sur les moyens de le maintenir ou de l'améliorer**

3.3.3 L'information à la population

Objectif **Rendre accessible aux citoyens et aux intervenants un ensemble intégré de ressources d'information, dont un Portail Santé sur Internet**

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
Nombre de consultations du site Web	224 163	ND	265 410

Objectif **Poursuivre la réalisation des campagnes sociétales nécessaires au succès des actions de promotion de la santé et de prévention sur les thèmes prioritaires choisis par le Ministère, notamment sur :**
- **le bon usage du médicament**
- **le soutien parental**
- **les dépendances (alcool, drogues, jeux de hasard et d'argent)**
- **la santé mentale**
- **les saines habitudes de vie**
- **les ITSS et le sida**
- **la vaccination contre l'influenza saisonnière**

Indicateur	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
Réalisation des objectifs fixés pour chacune des campagnes	Réalisation de campagnes qui auront le potentiel de changer les comportements : message clair, perception des personnes exposées, etc.	Voir le texte pour les résultats de chacune des campagnes 2008-2009

Le Portail Santé

En ligne depuis novembre 2006, le *Guide Santé* continue à diffuser, et ce, de façon uniquement électronique, une information santé fiable auprès de la population québécoise. Avec un total de 265 410 consultations en 2008-2009, soit une augmentation de plus de 40 000 consultations par rapport à l'année précédente, le *Guide Santé* se révèle un outil d'une utilité et d'un intérêt grandissants pour la population. Cet outil fiable et facile d'accès permet une mise à jour rapide et régulière de l'information. Ainsi, 400 fiches et éléments de documentation ont été ajoutés au *Guide Santé* en 2008-2009.

Les campagnes sociétales

Les effets des campagnes sur les comportements n'étant observables que sur une longue période, c'est sur la capacité de celles-ci à mener aux changements souhaités qu'ont porté les évaluations effectuées. Des indicateurs sur le matériel produit, tels que la clarté du message, l'intention, la perception et l'attitude des personnes exposées, permettent de pressentir la capacité des campagnes à modifier les comportements dans les mois et les années qui suivent. Les résultats obtenus proviennent d'études menées sur les thèmes suivants par des firmes de recherche-marketing mandatées à cet effet :

Campagnes	Constats
• Bon usage du médicament • Soutien parental • Santé mentale • Saines habitudes de vie • ITSS et sida • Vaccination contre l'influenza saisonnière • Dépendances (alcool, drogues et jeux de hasard et d'argent)	Les différents messages ont obtenu une notoriété variable, proportionnelle aux budgets investis pour chaque campagne. Les résultats mesurés sont tous, au minimum, à un niveau acceptable. La performance observée des précurseurs de changements de comportement que sont la compréhension et l'appréciation des messages est bonne, mais varie selon les campagnes. La campagne de promotion de la vaccination a contribué à l'augmentation de la perception de risque grippal auprès des personnes du groupe cible. Les mesures effectuées indiquent que les communications visant à contrer le jeu pathologique ont contribué à sensibiliser de façon très importante les citoyens à l'incidence des problèmes de jeu au sein de la société.

3.3.4 Les effectifs médicaux

Objectif **Assurer un niveau d'atteinte de 80 % des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille et en médecine spécialisée**

Indicateurs	Résultats PREM 2008	Cibles PREM 2009	Résultats préliminaires PREM 2009
Niveau d'atteinte des PREM (recrutement de nouveaux facturants) en médecine de famille par catégorie de régions[1]	96 % en régions éloignées 112 % en régions intermédiaires 98 % en régions périphériques 107 % en régions universitaires	80 % des postes pour les nouveaux omnipraticiens autorisés par le PREM de chacune des régions du Québec	73 % en régions éloignées 77 % en régions intermédiaires 100 % en régions périphériques 98 % en régions universitaires
Niveau d'atteinte des PREM (recrutement pour tous les postes autorisés en établissement) en médecine spécialisée par catégorie de régions[1]	81 % en régions éloignées 85 % en régions intermédiaires 92 % en régions périphériques 97 % en régions universitaires	80 % des postes pour les nouveaux spécialistes autorisés par le PREM de chacune des régions du Québec	81 % en régions éloignées 84 % en régions intermédiaires 91 % en régions périphériques 96 % en régions universitaires

1. Les régions éloignées sont le Bas-Saint-Laurent, l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord ainsi que la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Les régions intermédiaires sont le Saguenay–Lac-Saint-Jean, la Mauricie et le Centre-du-Québec ainsi que l'Outaouais. Les régions périphériques sont la Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, les Laurentides et la Montérégie. Les régions universitaires sont la Capitale-Nationale, l'Estrie et Montréal.

Objectif **Faciliter l'intégration à la pratique de la médecine aux diplômés en médecine hors du Canada et des États-Unis**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Nombre de permis restrictifs émis par le Collège des médecins du Québec pour combler des besoins cliniques en régions non universitaires	19	ND	29
Nombre de Québécois diplômés hors du Canada et des États-Unis admis en résidence annuellement	58	ND	76

Les plans régionaux d'effectifs médicaux

Les différentes régions administratives du Québec ne bénéficient pas toutes du même niveau d'accès aux soins de santé ; le plan régional d'effectifs médicaux (PREM) vise à assurer une plus grande équité d'accès aux services médicaux. La notion d'équité comprend deux principes :

- assurer à la population de chaque région une part équitable des services ;

- privilégier l'installation des médecins requis pour offrir ces services dans la région des bénéficiaires.

Les médecins omnipraticiens

Les données préliminaires indiquent que l'objectif du niveau d'atteinte de 80 % des PREM en médecine générale en 2009 a été atteint dans les régions universitaires et les régions qui leur sont périphériques. Dans les régions intermédiaires et éloignées, les résultats devraient s'améliorer en cours d'année, puisque le PREM 2009 demeure en vigueur jusqu'au 30 novembre 2009.

Le Ministère et le réseau de la santé et des services sociaux, en collaboration avec leurs partenaires, devront continuer à offrir des mesures incitatives non seulement pour assurer l'atteinte des cibles régionales, mais aussi pour favoriser une meilleure répartition intrarégionale.

Les médecins spécialistes

Selon les données préliminaires, la cible de 80 % des PREM en médecine spécialisée a été atteinte, autant en régions éloignées qu'en régions intermédiaires, périphériques et universitaires. Ces résultats sont la conséquence d'une gestion rigoureuse des PREM, particulièrement dans les régions universitaires. En outre, la mise en place des réseaux universitaires intégrés de santé favorise une meilleure répartition des effectifs médicaux par des actions concertées entre les milieux universitaires et chacune des agences.

Les admissions en médecine

La politique doctorale doit favoriser, à moyen et à long terme, l'arrivée sur le marché du travail d'un nombre suffisant de nouveaux médecins pour prendre la relève des personnes qui quittent la profession et pour répondre aux nouveaux besoins de la population.

Les admissions doctorales régulières ont été augmentées de façon importante au cours des dernières années, passant de 406 en 1998-1999 à 772 en 2006-2007, afin de répondre à l'augmentation des besoins de la population. En 2007-2008 et 2008-2009, ce nombre de 772 admissions doctorales régulières a été maintenu.

L'intégration professionnelle des diplômés en médecine hors du Canada et des États-Unis

L'intégration professionnelle des médecins diplômés à l'étranger constitue une préoccupation constante du Ministère. Cette intégration vise autant les médecins recrutés à l'extérieur pour combler des besoins cliniques surtout en régions non universitaires (avec permis restrictif de pratique) que ceux ayant déjà un statut d'immigrant reçu (ou de citoyen canadien) qui ont obtenu une équivalence de diplôme du Collège des médecins du Québec et qui souhaitent obtenir une place de résidence en médecine, en vue d'obtenir un permis régulier de pratique.

En ce qui concerne la première catégorie, le nombre de permis restrictifs délivrés par le Collège des médecins du Québec à des diplômés en médecine hors du Canada et des États-Unis est passé de 19 en 2007-2008 à 29 en 2008-2009, une année record.

Pour la deuxième catégorie, le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, en collaboration avec le Ministère, a mis en place diverses mesures afin d'aider les Québécois diplômés en médecine hors du Canada et des États-Unis à réussir les examens menant à l'équivalence de diplôme du Collège des médecins du Québec. Ces médecins doivent par la suite obtenir une place de résidence dans une faculté de médecine. Les admissions des

Québécois diplômés en médecine hors du Canada et des États-Unis, dans le contingent régulier et le contingent particulier, sont passées de 5 en 2002-2003 à 60 en 2006-2007, puis à 76 en 2008-2009. Il s'agit d'un sommet. Enfin, un groupe de travail a été mis en place en janvier 2008 pour favoriser l'intégration professionnelle des diplômés en médecine hors du Canada et des États-Unis qui sont candidats au permis régulier de pratique de la médecine.

Les mesures incitatives de répartition géographique des médecins

Des avantages financiers non négociés avec les fédérations médicales sont offerts aux médecins qui souhaitent pratiquer la médecine dans certains territoires du Québec. Ces avantages sont des bourses d'études, des primes d'installation, des primes de maintien, des stages et emplois d'été pour étudiants, etc. Les mesures non négociées sont gérées avec l'appui du Comité interrégional sur les effectifs médicaux en régions désignées, qui est formé de représentants des territoires désignés et du Ministère. En 2008-2009, le budget annuel était de huit millions de dollars.

Les bourses accordées à des étudiants et résidents en médecine qui s'engagent à pratiquer en territoires désignés sont une autre mesure efficace pour favoriser l'installation de médecins en région. Le nombre de bourses de la Régie de l'assurance maladie du Québec a augmenté de façon importante depuis le début des années 2000, passant d'environ 40 à 83 en 2006-2007. On a observé une diminution en 2007-2008 (57 bourses). En 2008-2009, on prévoit sensiblement le même nombre de bourses qu'en 2007-2008. Ces données n'incluent pas les bourses de formation spécialisée dont l'attribution relève des agences de la santé et des services sociaux des régions ayant un territoire désigné.

La formation médicale décentralisée

Les stages de formation médicale hors des milieux universitaires sont considérés comme un autre facteur favorisant l'installation des médecins en région. Ainsi, le Conseil des ministres recommandait l'atteinte d'un pourcentage significatif de stages en région, soit de 10 % à 15 % dans les programmes spécialisés et de 30 % à 35 % dans les programmes de médecine familiale, par rapport à l'ensemble des stages de formation effectués par les résidents.

En 2007-2008, soit l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles, environ 7 % des stages dans les programmes spécialisés de base et 32 % des stages dans les programmes de médecine familiale ont été réalisés en région.

3.3.5 Le personnel du réseau

Objectif **Soutenir l'implantation de 75 infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie, en néphrologie et en néonatologie de même qu'en soins de première ligne**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Nombre d'IPS candidates exerçant dans le réseau de la santé et des services sociaux ou en stage de formation	11	13	25
Nombre d'IPS exerçant dans le réseau de la santé et des services sociaux	27	37	40

Objectif **Identifier les problématiques de main-d'œuvre, selon les secteurs d'activité, à l'échelle nationale**

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
Évolution de l'écart entre les besoins et la disponibilité des ressources dans les secteurs prioritaires	Monitorage réalisé	Monitorage continu des besoins	Monitorage réalisé

Objectif **Améliorer la gestion de la présence au travail**

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,75 %	5,76 %	5,62 %[1]

1. Données en date de fin de la période 12, soit le 28 février 2009. Puisque les données pour la période 13 ne sont pas disponibles actuellement, le ratio final pour l'année 2008-2009 sera révisé lors de la réception des états financiers (AS-471).

Objectif **Négocier des conventions collectives qui tiennent compte des particularités de l'établissement, selon les orientations ministérielles en matière de négociations locales**

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Nombre et pourcentage de conventions collectives négociées avec ou sans médiation	689 (82 %)	Signature des conventions collectives restantes	834 (93 %)
Nombre et pourcentage de conventions collectives négociées avec arbitrage	19 (2 %)		25 (3 %)

Soutien à l'implantation des infirmières praticiennes spécialisées

L'infirmière praticienne spécialisée (IPS) donne, selon une approche globale et synergique, des soins infirmiers et certains soins médicaux dans un domaine de spécialité (cardiologie, néonatologie, néphrologie et soins de première ligne). Cette infirmière peut prescrire des examens diagnostiques, utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice, prescrire des médicaments et d'autres substances, prescrire des traitements médicaux et utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice.

En 2008-2009, 40 infirmières praticiennes pratiquaient dans le réseau de la santé et offraient des services aux patients ainsi qu'à leur famille en partenariat avec des médecins spécialistes ou des médecins omnipraticiens. Elles sont 34 en cardiologie, néphrologie et néonatologie ainsi que 6 dans le domaine des soins de première ligne. Le programme de formation pour l'IPS en soins de première ligne est offert depuis l'automne 2007. En 2008-2009, 6 universités offraient ce programme comparativement à 3 en 2007-2008. Pour soutenir l'implantation de cette fonction, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis en place un programme d'intéressement comportant une bourse d'études de 60 000 $ et une subvention de 60 000 $ répartie sur 2 ans aux établissements qui embauchent une IPS. En 2008-2009, 3 millions de dollars ont été accordés pour soutenir les étudiantes et les établissements afin de favoriser l'implantation de ces professionnelles.

Les besoins de main-d'œuvre par profession

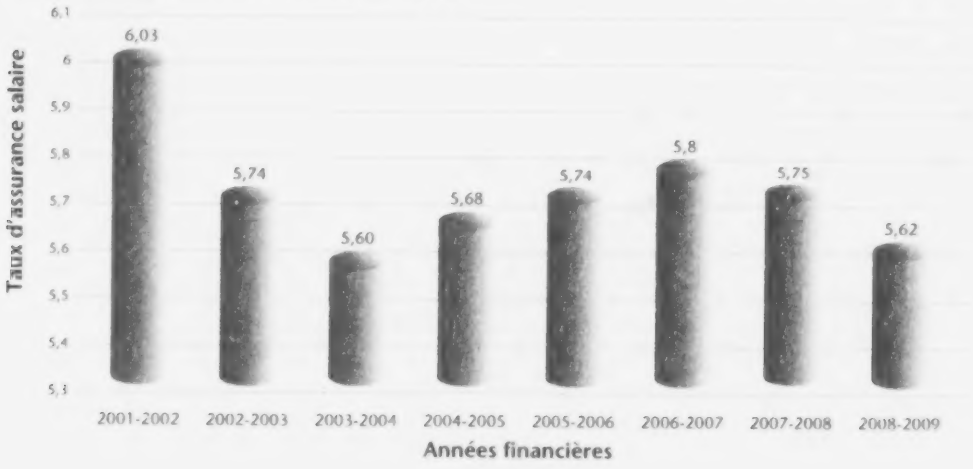
Le Ministère poursuit un monitorage continu des besoins de main-d'œuvre en collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. En 2008-2009, plusieurs groupes ont fait l'objet d'un suivi particulier, soit les infirmières, les infirmières auxiliaires, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les pharmaciens, les physiciens médicaux, les agents de relations humaines, les psychologues, les travailleurs sociaux, les technologues en radio-oncologie, les technologistes médicaux, les technologues en radiodiagnostic, les technologues en médecine nucléaire, les inhalothérapeutes, les techniciens en éducation spécialisée, les techniciens en électrophysiologie médicale et les préposés aux bénéficiaires. Les résultats des travaux sur la mise à jour des besoins de main-d'œuvre pour ces emplois seront publiés à l'automne 2009.

La gestion de la présence au travail

L'indicateur le plus approprié pour suivre l'évolution de la présence au travail dans le réseau demeure le ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées, puisqu'il tient compte, entre autres, de la variation du nombre d'heures travaillées. En période 12 de l'exercice financier 2008-2009, le ratio s'est établi à 5,62 % comparativement à 5,75 % en 2007-2008. Si le ratio démontré en période 12 se maintient, on pourrait constater une baisse de 2,3 % par rapport à l'année précédente. Le ratio 2008-2009 présenterait alors un des meilleurs résultats au cours des cinq dernières années. Par conséquent, la cible fixée à 5,74 % pour l'année 2009-2010 serait sur la bonne voie d'être atteinte, ainsi que les retombées qui en découlent.

Les efforts pour améliorer la présence au travail se sont intensifiés au cours des dernières années. Les organisations se sont investies dans diverses démarches telles que les diagnostics organisationnels, les processus d'agrément, l'approche Entreprise en santé ou Planetree. Ces actions orientées vers la mobilisation du personnel démontrent que la présence au travail demeure toujours une priorité organisationnelle, tant locale que régionale.

Ratio national de l'assurance salaire (%)



Enfin, en étroite collaboration avec les agences de la santé et des services sociaux et les établissements, le Ministère poursuit la mise en œuvre de diverses activités en vue d'améliorer la gestion de la présence au travail.

Les conventions collectives

L'objectif de négocier des conventions collectives qui tiennent compte des particularités des établissements selon les orientations ministérielles en matière de négociation locale s'inscrit dans le contexte de l'implantation de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales.

Au terme de 2008-2009, le processus des négociations locales était pratiquement terminé, soit 96 % des conventions collectives négociées (avec ou sans médiation et avec arbitrage). Au cours de cette période, 145 conventions collectives ont été signées, et 6 sentences arbitrales ont été rendues, ce qui porte le total à 859 au 31 mars 2009. À cette date, il reste 40 conventions collectives en cours de processus.

Il est important de rappeler que les résultats mentionnés ci-dessus ne concernent que les arrêtés ministériels dont la date d'échéance de la négociation locale est venue à terme au cours de l'année 2008-2009.

Le Ministère poursuivra ce processus au cours de la prochaine année dans les établissements où l'exercice n'est pas encore terminé ainsi que dans ceux où la date d'échéance de la négociation locale viendra à terme. Le Ministère devrait avoir terminé ce processus en 2009-2010, période où 100 % des conventions devraient être négociées.

Orientation : **Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles et la circulation de l'information clinique en soutien à l'intégration des services**

3.3.6 L'utilisation des ressources informationnelles

Objectif **Assurer la gouvernance des ressources informationnelles du Ministère et de son réseau :**

- **en assurant l'évolution annuelle de l'architecture globale du plan d'informatisation**
- **en élaborant et en diffusant les normes et les standards qui soutiennent les orientations architecturales du plan d'informatisation**

Indicateurs	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Révision annuelle de l'architecture globale	Interopérabilité, à l'échelle québécoise et canadienne, des systèmes d'information en santé	Poursuite de l'arrimage du modèle de données et de l'évolution des systèmes d'information existants en fonction de messages HL7 v3 standardisés[1]
	Suivi des travaux des différents comités de travail d'Inforoute Santé du Canada (ISC)	Participation aux comités nationaux et production de modèles de données et de messages standardisés pour les travaux d'ISC et pour les projets du Dossier de santé du Québec (DSQ)
	Élaboration des orientations technologiques	Mise à jour et diffusion des orientations technologiques
Normes et standards diffusés annuellement en relation avec l'architecture globale	Évolution du registre des normes	Maintien du registre
	Diffusion des normes et standards	Adoption ou mise à jour continue de standards

1. HL7 v3 (*Health Level 7 version 3*) : Standard qui définit les échanges informatisés de données cliniques, financières et administratives entre systèmes d'information hospitaliers.

Objectif **Implanter les systèmes d'information et les infrastructures technologiques ministérielles, provinciales et régionales en soutien à l'intégration des services et à la circulation de l'information clinique**

Indicateurs	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Systèmes d'information et infrastructures technologiques implantés	Mise en place d'un projet expérimental portant sur un sous-ensemble du DSQ	Projet expérimental en place dans la région de la Capitale-Nationale depuis mai 2008, portant sur un sous-ensemble du DSQ : • Médicaments • Laboratoires • Couche d'accès à l'information sur la santé • SécurSanté • Registres • Consentement • Index patients maître • Visualiseur
	Déploiement des systèmes d'archivage et de transmission d'images diagnostiques numérisées (PACS) dans le cadre du DSQ	Systèmes d'archivage et de transmission d'images diagnostiques numérisées déployés : 2 millions d'examens radiologiques sont produits annuellement en format numérisé sur un objectif de 3,7 millions d'ici septembre 2010 (54 % des objectifs sont atteints)
	SICSRD[2] SISSS I-CLSC SIRTF PIJ	Déployé Déployé Nouvelle version déployée Nouvelle version déployée Nouveaux modules déployés

2. SICSRD : Système d'information clientèle pour les services de réadaptation en dépendance.
SISSS : Système d'information sur la sécurité des soins et des services.
I-CLSC : Intégration-CLSC, Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC.
SIRTF : Système d'information sur les ressources de type familial.
PIJ : Projet intégration jeunesse.

Objectif **Réaliser et mettre en œuvre des cadres de gestion conduisant à la certification des applications et à l'utilisation de normes et de standards favorisant l'interopérabilité, la réutilisation, la concertation et l'intégration des systèmes d'information et des infrastructures technologiques**

Indicateurs	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
Réalisation et évolution de la mise en œuvre de cadres de gestion de la : • Certification • Normalisation	Révision de la portée de la certification	Certification : • Version préliminaire d'un cadre de gestion du Bureau d'accueil • Restriction de la portée de la certification aux actifs des domaines clinique et médico-administratif
Nombre de projets informatiques certifiés	Ne s'applique pas	14 certifications 8 renouvellements de certification

3.4 La gestion efficiente des ressources financières allouées au réseau de la santé et des services sociaux

Orientation : **Assurer une gestion des ressources financières qui respecte le cadre budgétaire du gouvernement et qui est équitable pour toutes les régions du Québec**

Objectif **Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux**

Indicateur	Résultat 2007-2008	Cible 2008-2009	Résultat 2008-2009
Respect de l'enveloppe budgétaire	127,4 M$	116,4 M$	153,4 M$

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a poursuivi ses efforts afin d'assurer le rétablissement de l'équilibre budgétaire des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux. Ces efforts ont débuté dès la transmission des enveloppes initiales de crédits 2008-2009 par la signification de cibles déficitaires maximales allouées à chacune des régions, totalisant pour la province 116,4 millions de dollars. De plus, ces mêmes cibles sont parties intégrantes des ententes de gestion et d'imputabilité conclues entre les agences et le Ministère pour l'année 2008-2009.

Des rencontres ont eu lieu avec les agences et les établissements en vue d'assurer le respect de la cible déficitaire maximale, tout en préservant l'accessibilité des services requis par la population. La pleine réalisation des mesures de redressement budgétaire, qui visent à permettre le respect de la cible fixée en 2008-2009 et au cours des exercices antérieurs, présentait un potentiel de redressement de 19,2 millions de dollars. Ces mesures ont obtenu l'approbation du ministre.

Les résultats régionaux*

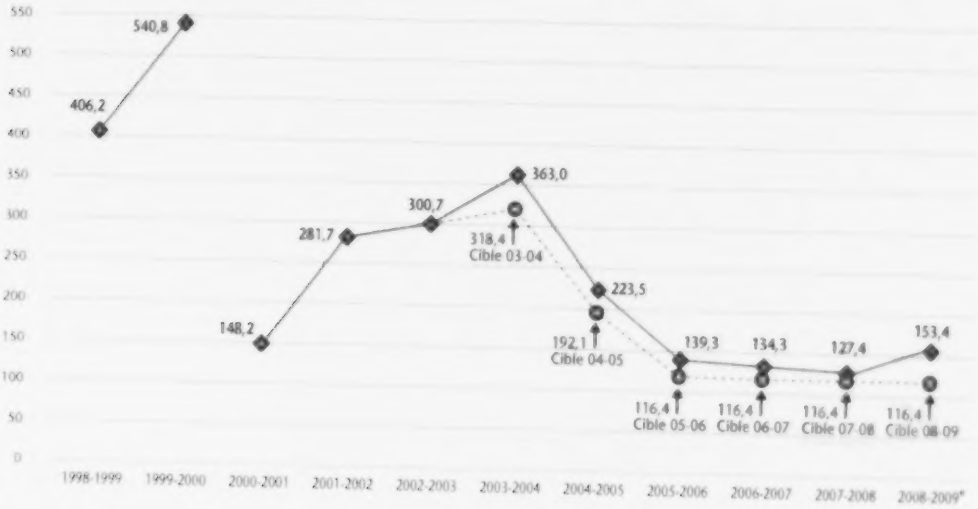
Les résultats prévisionnels de l'exercice 2008-2009 indiquent que cinq régions termineront l'exercice dans le respect de leur cible budgétaire régionale signifiée par le Ministère. Par ailleurs, neuf autres régions présenteront un dépassement de leur cible équivalant à moins de 0,5 % de leurs revenus. Deux régions afficheront un dépassement de leur cible se situant entre 0,5 % et 1 % de leurs revenus, et deux autres régions inscriront un dépassement de leur cible représentant plus de 1 % de leurs revenus. Le déficit d'exploitation annuel est passé de 127,4 millions de dollars en 2007-2008 à un montant estimé à 153,4 millions de dollars pour l'exercice terminé au 31 mars 2009 selon les données disponibles en date du 22 juin 2009, et ce, pour un écart par rapport à la cible déficitaire provinciale de 37 millions de dollars (0,21 % du budget 2008-2009). Une partie de cette variation résulte de l'harmonisation des conventions comptables du réseau de la santé et des services sociaux aux principes comptables généralement reconnus dans le secteur public.

118 établissements en équilibre – Les résultats prévisionnels de l'exercice financier 2008-2009 révèlent que près de 62 % des établissements publics termineront l'année financière en équilibre ou en surplus sur une base annuelle d'exploitation.

73 établissements en déficit – Toujours selon les résultats prévisionnels, parmi les 73 établissements qui termineront l'exercice financier 2008-2009 en déficit, 34 présentent un résultat qui respecte le niveau de leur cible, tandis que 39 présentent un déficit supérieur à leur cible.

Le Ministère, en collaboration avec les agences et les établissements, entend poursuivre ses efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.

Déficit annuel d'exploitation M$



* Les résultats présentés dans le texte précédent et ce tableau sont établis sur la base des 167 rapports financiers AS-471 reçus en date du 22 juin 2009 sur les 191 rapports attendus. Pour les établissements n'ayant pas transmis leur rapport, les données disponibles à la douzième période ont été utilisées.

3.5 L'évolution des résultats au regard des objectifs du Plan stratégique 2005-2010

L'annexe IV présente un bilan de l'évolution de quelques-uns des principaux résultats au regard des objectifs du *Plan stratégique 2005-2010*. Les données proviennent des rapports annuels de gestion du Ministère. Elles peuvent présenter de légers écarts avec celles diffusées dans d'autres publications, puisque certains résultats publiés dans les rapports annuels proviennent des agences et des établissements, et non pas des banques d'information centrales. Les données de ces banques ne sont validées que quelques mois après la date de diffusion du rapport.

Partie 4

Les résultats au regard de la Déclaration de services aux citoyens

La *Déclaration de services aux citoyens* traduit l'engagement du Ministère à offrir des services de qualité à la population québécoise. À cet effet, les services offerts doivent être accessibles, donnés par un personnel courtois, et les demandes doivent recevoir un traitement professionnel.

La déclaration touche les trois types de services offerts directement à la population par le Ministère :

- les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux ;
- les renseignements, l'aide et les conseils destinés aux personnes et aux familles qui ont le projet d'adopter un enfant domicilié à l'extérieur du Québec ainsi que la recherche d'antécédents sociobiologiques pour les cas d'adoption hors Québec ;
- les renseignements concernant la Loi sur le tabac et les inspections liées à son application.

4.1 Les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux

Le Service des renseignements généraux du ministère de la Santé et des Services sociaux a été transféré à Services Québec en 2006. De ce fait, le Ministère répond uniquement aux demandes de renseignements plus spécifiques que lui achemine Services Québec. On observe, depuis ce transfert, une baisse du nombre de demandes auxquelles répond directement le Ministère.

Répartition des demandes de renseignements traitées par le Ministère selon le mode de communication utilisé, de 2006-2007 à 2008-2009

Mode de communication utilisé	Nombre de demandes		
	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Appel téléphonique	14 037	3 026	2 225
Courrier électronique	4 649	1 490	1 302
Poste	0	0	1
Total	18 686	4 516	3 528

Appels téléphoniques

Engagements	• **Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec** • **Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30** • **Réponse la plus rapide possible**

- Pour toute demande de renseignements, les citoyens ont accès à un numéro sans frais à Services Québec, soit le 1 877 644-4545.
- Pour les demandes de renseignements que lui transfère Services Québec, le Ministère assure une réponse téléphonique du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30.
- En 2008-2009, le Ministère a répondu à près de 9 appels par jour en moyenne.
- Le délai de réponse est toujours le plus rapide possible, conformément aux engagements.

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

Engagement	• Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande

- Comme pour les appels téléphoniques, le Ministère répond aux courriels plus spécifiques que lui transfère Services Québec. Dans la grande majorité des cas, les citoyens reçoivent une réponse le jour même, à défaut de quoi un accusé de réception leur est envoyé, conformément à l'engagement.
- Aucune demande n'est parvenue au Ministère par télécopieur, alors qu'une seule demande a été reçue par la poste.

4.2 Les renseignements, l'aide et les conseils destinés aux personnes et aux familles qui ont le projet d'adopter un enfant domicilié à l'extérieur du Québec

Les renseignements fournis aux citoyens s'adressant au Secrétariat à l'adoption internationale portent sur différents sujets : le mandat du Secrétariat, le cadre législatif en matière d'adoption internationale, le rôle des organismes agréés, les démarches d'adoption, les services offerts en préadoption et en postadoption ainsi que l'obtention de la résidence permanente ou de la citoyenneté canadienne. Le personnel peut également fournir des informations sur les programmes sociaux existants pour les adoptants et leurs enfants.

En matière de recherche d'antécédents sociobiologiques et de retrouvailles, le personnel précise le cadre législatif encadrant l'obtention d'un sommaire des antécédents et la poursuite des démarches de retrouvailles pour la clientèle visée. En 2008-2009, le Secrétariat à l'adoption internationale a effectué une mise à jour des demandes de recherche des antécédents. Durant cette période, le Secrétariat à l'adoption internationale a ouvert sept dossiers liés à la recherche des origines et a transmis quatre sommaires d'antécédents à des citoyens adoptés.

Le site Internet du Secrétariat à l'adoption internationale permet aux citoyens de demander des informations en ligne ou encore de se renseigner sur la façon de communiquer leurs insatisfactions par rapport aux services rendus, tant par le personnel du Secrétariat que par celui des organismes agréés. Plus de 900 personnes sont maintenant abonnées aux CyberNouvelles. Ainsi, le Secrétariat fait mieux connaître sa philosophie, ses valeurs, son fonctionnement, le cadre juridique régissant ses activités et son réseau de partenaires.

Au cours de la dernière année, le Secrétariat à l'adoption internationale a mis à jour l'information contenue dans son guide de l'adoption, présenté en version imprimée ou électronique. Le Secrétariat à l'adoption internationale a également publié et distribué un signet favorisant la découverte et l'utilisation de son site. Quoique la langue première demeure le français, l'ensemble de la documentation et du contenu du site du Secrétariat est disponible en anglais. Toutes les demandes d'information reçues par courriel sont acheminées au service responsable (direction générale, service-conseil, service des archives, service de recherche d'antécédents) pour un traitement adéquat.

Appels téléphoniques

Engagements	• Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec • Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 • Réponse la plus rapide possible

- Le Secrétariat à l'adoption internationale dispose d'un numéro sans frais (1 800 561-0246).
- Le Secrétariat assure une réponse téléphonique du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30.

- Le Secrétariat répond quotidiennement aux appels téléphoniques provenant d'organismes agréés, d'intervenants du réseau (centres de santé et de services sociaux, centres jeunesse), mais surtout de citoyens souhaitant obtenir des informations. Chaque appel est pris en charge par une agente de secrétariat, qui voit aussitôt à le diriger vers le service approprié afin d'assurer à l'interlocuteur une réponse adéquate.

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

Engagement	• **Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande**

- Au 31 mars 2009, le Secrétariat à l'adoption internationale comptait 2 725 dossiers d'adoption ouverts, se situant à l'une ou l'autre des étapes de la démarche d'adoption.

- Le Secrétariat ne possède pas de système pour comptabiliser le délai de production des lettres nécessaires au cheminement de ces dossiers. Toutefois, selon les observations et les analyses ponctuelles, il est permis de croire que le Secrétariat répond dans la très grande majorité des cas à l'intérieur d'un délai de 10 jours ouvrables.

- Puisque plus de 85 % des adoptions sont effectuées par l'intermédiaire d'un organisme agréé, le Secrétariat mise sur l'encadrement et l'uniformisation des pratiques administratives avec ces derniers. Le suivi relatif à l'implantation de nouvelles règles de gestion des dossiers d'adoption (ouverture de dossier, demandes d'autorisation diverses, transmission de document, révision de dossier, etc.) permet au Secrétariat de maintenir la qualité de ses interventions et d'assurer une réponse en deçà des délais prescrits.

Demandes en personne

Engagements	• **Disponibilité pour recevoir les citoyens du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30** • **Annonce immédiate de l'arrivée des personnes** • **Direction des personnes qui se présentent sans rendez-vous afin qu'elles obtiennent de l'aide**

- Chaque visiteur arrivant au Secrétariat à l'adoption internationale est accueilli par un personnel courtois qui lui assure un service approprié, et ce, du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30, incluant l'heure du dîner. Dès que le visiteur arrive, une agente de bureau voit immédiatement à l'annoncer au service approprié.

- Les visites sans rendez-vous sont traitées de la même façon que celles avec rendez-vous. L'employé visé est informé de la visite, mais s'il lui est impossible de recevoir le visiteur, des arrangements sont pris avec lui.

4.3 Les renseignements concernant la Loi sur le tabac et les inspections liées à son application

Les renseignements concernant la Loi

Le Service de lutte contre le tabagisme est chargé de la mise en œuvre de la Loi sur le tabac. Dans ce cadre, il fournit à la population en général, aux exploitants des lieux visés par la Loi, aux détaillants de tabac ainsi qu'aux employés travaillant dans un lieu visé, un service de renseignements sur la Loi, service par lequel il reçoit aussi les plaintes se rapportant à son application. Le mode de communication le plus utilisé par ceux qui font des demandes de renseignements ou des plaintes est le téléphone.

Répartition des demandes de renseignements et des plaintes selon le mode de communication utilisé, et délai moyen de réponse, 2008-2009

Mode de communication utilisé	Nombre de demandes	Délai moyen de réponse
Appel téléphonique	5 463	Aucun délai pour 75 % des appels, 38 secondes pour 25 % des appels
Courrier électronique	275	1,3 jour
Courrier postal	16	3,8 jours
Total	**5 754**	

Appels téléphoniques

Engagements	• **Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec** • **Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30** • **Réponse la plus rapide possible**

- Le numéro sans frais 1 877 416-8222 (ou, pour la région de Québec, 418 646-9334) est en service du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30. En 2008-2009, le Service de lutte contre le tabagisme a répondu à 5 463 appels téléphoniques pour des demandes de renseignements sur la Loi, des plaintes liées à son application et des commandes de matériel. Ce volume d'appels représente une diminution de 7 % comparativement à celui de l'année précédente.

- Parmi les appels ayant obtenu une réponse, 75 % ont été pris en charge sans délai, comparativement à 80 % en 2007-2008, et les appels en attente ont été traités dans un délai moyen de 38 secondes, comparativement à 34 secondes en 2007-2008. Des appels entrant au service téléphonique, 12 % ont été abandonnés avant leur prise en charge. En 2007-2008, cette proportion était de 10 %.

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

Engagement	• **Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande**

- Le Service de lutte contre le tabagisme permet aussi à la population de demander des renseignements sur la Loi sur le tabac par courrier électronique (loi-tabac@msss.gouv.qc.ca). En 2008-2009, 275 demandes ont été acheminées par ce moyen de communication, soit une diminution de 12 % par rapport à l'année précédente. De ce nombre, 24 % ont obtenu une réponse par téléphone et 75 % par courriel, et ce, dans un délai moyen de 1,3 jour. Les autres messages (1 %) n'ont pas reçu de réponse, puisqu'ils étaient adressés à titre de copie conforme seulement.

- Par ailleurs, dans les 16 correspondances reçues par la poste, 28 plaintes concernant l'application de la Loi sur le tabac ont été acheminées pour traitement. Des correspondances reçues, 5 seulement comprenaient les coordonnées des plaignants. Un accusé de réception a donc été envoyé à ces plaignants, dans un délai moyen de 3,8 jours.

Les inspections liées à l'application de la Loi

Par ailleurs, le Service de lutte contre le tabagisme réalise des activités d'inspection pour s'assurer du respect de l'application de la Loi. À ce sujet, les plaintes déposées constituent une source importante d'information pour les activités d'inspection. Lors des 5 537 inspections effectuées durant l'année 2008-2009, les inspecteurs du Service ont délivré 929 constats d'infraction à des exploitants ou à des individus, alors que les inspecteurs locaux ont délivré 836 constats d'infraction à des individus, pour un total de 1 765 constats d'infraction, soit une diminution de 3 % par rapport à l'année précédente. La baisse de 30 % du nombre de constats délivrés par les inspecteurs du Service est principalement attribuable au fait que ceux-ci ont été sollicités pour une opération spéciale visant à favoriser l'implantation de la mesure interdisant l'étalage des produits du tabac dans les points de vente à compter du 31 mai 2008. Cette baisse a été compensée par une augmentation de près de 70 % du nombre de constats délivrés par les inspecteurs locaux. Le nombre d'inspecteurs locaux est passé de 106 au début de l'exercice à 124 en date du 31 mars 2009.

4.4 Les plaintes

Le mandat du responsable du traitement des plaintes du Ministère est de recevoir les plaintes et les commentaires relativement aux services visés dans la *Déclaration de services aux citoyens* et d'examiner le tout de façon indépendante et confidentielle. Le rôle du responsable est d'assurer aux usagers une réponse professionnelle et respectueuse de leurs demandes, et ce, dans un délai ne dépassant pas les 20 jours ouvrables.

Engagements	• **Traitement de la plainte dans un délai de 20 jours ouvrables ou moins à compter de sa réception** • **Si la transmission d'une réponse complète et finale est impossible à l'intérieur de ce délai, communication à la personne de la date à laquelle la réponse lui sera transmise**

- Au cours de l'année 2008-2009, 18 plaintes ont été reçues. De ces 18 plaintes, 2 seulement concernaient une unité administrative visée dans la *Déclaration de services aux citoyens*, soit le Secrétariat à l'adoption internationale. Dans ces 2 cas, le suivi a été assuré par l'unité administrative visée dans le délai prescrit de 20 jours à compter de la date de réception.

- Les 16 autres plaintes concernaient les services rendus par des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ou l'organisation régionale des services. Dans ces cas, une lettre ou un courriel a été envoyé aux plaignants leur indiquant les coordonnées d'un commissaire local ou régional aux plaintes et à la qualité des services. En cas d'insatisfaction relativement à la réponse reçue en premier recours, les coordonnées du Protecteur du citoyen en matière de santé et de services sociaux étaient données aux plaignants.

Partie 5

L'utilisation des ressources

5.1 Les ressources humaines

L'évolution de l'effectif et les mouvements du personnel

Au 31 mars 2009, le Ministère et les organismes relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux, dont le Ministère assure le soutien administratif, comptaient 798 postes réguliers autorisés et 40 équivalents temps complet (ETC) occasionnels autorisés, pour un total de 838 ETC.

Les données détaillées concernant les postes réguliers et les emplois occasionnels sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Postes autorisés selon la catégorie et le statut d'emploi au 31 mars 2009[1]

Catégorie d'emplois	Postes réguliers		Postes occasionnels		Total	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Haute direction et cadres	85	82	-	-	85	82
Professionnels	466	479	21	21	487	500
Fonctionnaires	257	237	19	19	276	256
Total	**808**	**798**	**40**	**40**	**848**	**838**

1. Ces données comprennent les effectifs du Conseil du médicament, du Commissaire à la santé et au bien-être ainsi que de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Les départs à la retraite et la planification de la main-d'œuvre

Au cours de l'année 2008-2009, 61 personnes ont quitté leur emploi pour la retraite. Étant donné que le taux modulé octroyé au Ministère pour la réduction des effectifs associés aux départs à la retraite est de 40 %, ce sont donc 24 emplois qui devront être abolis en 2009-2010 pour répondre aux objectifs gouvernementaux de réduction de la taille de l'État, soit 3 % de l'effectif total.

Les nombreux départs à la retraite envisagés au cours des prochaines années ainsi que l'impact de la réduction des effectifs liés à ces départs ont notamment amené une réflexion sur l'importance de ces départs quant au nombre et à la nécessité de remplacement ou de transfert d'expertise.

Dans la lignée de l'exercice de planification de la main-d'œuvre entamé en 2006-2007, la Direction des ressources humaines a poursuivi en 2008-2009 l'accompagnement des gestionnaires du Ministère dans leur réflexion quant au nombre de départs à la retraite prévus, aux besoins de remplacement, aux besoins de transfert d'expertise et aux moyens envisagés pour assurer la contribution nécessaire à la réalisation de la mission de l'organisation.

5.2 Les ressources budgétaires et financières[3]

La dépense probable pour l'année 2008-2009 du Ministère, de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) et de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) s'élève à 25 417 086 700 $.

Ces dépenses se répartissent entre les quatre programmes distincts détaillés ci-dessous.

Les fonctions nationales programme 01
359 890 100 $

Le programme des fonctions nationales vise à permettre au Ministère et aux organismes-conseils de disposer des ressources et des services nécessaires pour établir, mettre en œuvre, évaluer et contrôler les programmes de santé et de services sociaux. Il vise également à susciter la participation de la population à la définition de ses besoins, à assurer la coordination nationale du développement et de la prestation des services de santé et des services sociaux ainsi qu'à financer les activités nationales. De façon plus particulière, ce programme permet d'assurer notamment les services suivants :

- l'assurance hospitalisation à l'extérieur du Québec ;
- le Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C ;
- l'application d'une politique d'équilibre du prix des médicaments ;
- les activités de recherche dans les domaines de la santé et des services sociaux ;
- le soutien aux organismes communautaires nationaux.

Les fonctions nationales incluent également le budget de fonctionnement du Ministère ainsi que celui des différents organismes-conseils que sont le Conseil du médicament, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé de même que le Commissaire à la santé et au bien-être.

Les fonctions régionales programme 02
18 325 247 400 $

Le programme des fonctions régionales vise à assurer à la population les services qui favorisent l'atteinte des objectifs définis dans les documents d'orientations ministérielles et des objectifs qui ont été signifiés aux agences dans les ententes de gestion et d'imputabilité. Il inclut également le budget de fonctionnement de celles-ci. De façon plus particulière, ce programme permet d'assurer notamment la prestation des services suivants :

- les services de santé et les services sociaux courants, de nature préventive ou curative, et les services de réadaptation ou de réinsertion ;
- les services diagnostiques et les soins médicaux généraux, spécialisés et surspécialisés ;
- les services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance, les services de réadaptation et les services infirmiers ainsi que les services psychosociaux, pharmaceutiques et médicaux offerts aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie. Ces services sont fournis par les centres de santé et de services sociaux (CSSS) ainsi que dans les centres hospitaliers et les centres d'hébergement et de soins de longue durée qui n'ont pas été intégrés dans les CSSS ;

3. Les données financières de cette section sont préliminaires, les opérations de vérification n'étant pas terminées.

- les services de nature psychosociale, y compris les services d'urgence sociale fournis par les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse ;
- les services de réadaptation et d'intégration sociale, qui s'adressent à des personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle ou qui présentent des difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial. Ces services sont fournis par les centres de réadaptation ;
- les services de prévention, d'aide et de soutien, fournis par les organismes communautaires et inscrits dans un plan régional de services, auxquels s'ajoutent les activités de promotion, de sensibilisation, de défense des droits des utilisateurs des services et de défense des intérêts des usagers.

Le programme des fonctions régionales permet également d'assurer les activités complémentaires suivantes : la rémunération des résidents en médecine, les services préhospitaliers d'urgence, le système du sang, les vaccins et les antiviraux, les régimes de retraite ainsi que le service de la dette.

Un nouveau mode d'allocation des ressources pour le réseau de la santé et des services sociaux a été introduit en 2004-2005. Ce mode est basé sur l'évolution des besoins liés à différents facteurs socio-économiques et démographiques de chacune des régions (ex. : âge, population, isolement social, revenu disponible, dispersion des clientèles). Il permet d'établir un niveau de financement relatif entre chacune des régions. Le Ministère a choisi de combler les écarts de financement relatifs, déterminés par ce mode d'allocation des ressources, à partir des crédits de développement de chaque année. Toutefois, un minimum de crédits de développement est alloué aux régions considérées globalement comme ayant une meilleure accessibilité aux services.

L'Office des personnes handicapées du Québec programme 03
12 755 500 $

Aux termes de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, l'Office des personnes handicapées du Québec a pour mission de veiller au respect des principes et des règles énoncés dans la Loi et de s'assurer, dans la mesure des pouvoirs qui lui sont conférés, que les ministères et leurs réseaux ainsi que les municipalités et les organismes publics et privés poursuivent leurs efforts afin d'améliorer les possibilités offertes aux personnes handicapées de s'intégrer et de participer ainsi pleinement à la vie en société.

L'Office veille également à la coordination des actions relatives à l'élaboration et à la prestation des services qui concernent les personnes handicapées et leur famille. Il favorise et évalue, sur une base collective, l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées. En plus de promouvoir les intérêts de ces dernières et de leur famille, il les informe, les conseille, les assiste et fait aussi des représentations en leur faveur sur une base tant individuelle que collective.

Ce programme inclut également le budget de fonctionnement de l'Office.

L'information détaillée est présentée dans le rapport annuel de l'Office. Ce rapport peut être consulté dans le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : www.ophq.gouv.qc.ca.

La Régie de l'assurance maladie du Québec programme 04
6 719 193 700 $

Le programme relatif à la Régie de l'assurance maladie du Québec vise à couvrir le coût des services assurés d'assurance maladie et d'assurance médicaments ainsi que les frais y afférents, notamment :

- les services médicaux ;
- les services dentaires ;
- les services optométriques ;
- les médicaments et les services pharmaceutiques ;
- les autres services, dont les aides techniques.

Ce programme inclut également le budget de fonctionnement de la Régie.

L'information détaillée est présentée dans le rapport annuel de la Régie. Ce rapport peut être consulté dans le site Internet de l'organisme, à l'adresse suivante : www.ramq.gouv.qc.ca.

L'écart budgétaire par programme

Le tableau suivant présente les dépenses du Ministère en 2007-2008 et 2008-2009 pour chacun des programmes de même qu'une comparaison entre le budget et la dépense probable 2008-2009.

Sommaire de l'écart budgétaire[1]

				(000 $)	
		2007-2008		2008-2009	
Programme	Description	Dépenses	Budget	Dépenses probables[2]	Écart
01	Fonctions nationales	363 954,0	357 132,1	359 890,1	(2 758,0)
02	Fonctions régionales	17 555 605,0	18 312 427,9	18 325 247,4	(12 819,5)
03	OPHQ	12 379,0	12 680,5	12 755,5	(75,0)
04	RAMQ	6 122 473,0	6 719 193,7	6 719 193,7	0,0
05	Promotion et développement de la Capitale-Nationale	61 118,0	Programme transféré[3]		
	TOTAL	**24 115 529,0**	**25 401 434,2**	**25 417 086,7**	**(15 652,5)**

1. Le portefeuille sociosanitaire a aussi bénéficié d'une somme de 52 millions de dollars en provenance de la Société des loteries vidéo du Québec versée dans deux comptes à fin déterminée. D'une part, un montant de 30 millions de dollars a été alloué afin de répondre adéquatement aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie qui demeurent à domicile ou qui vivent dans les CHSLD. D'autre part, une somme de 22 millions de dollars a été transférée au Ministère pour la prévention du jeu pathologique, le traitement des personnes qui ont développé une dépendance aux jeux de hasard et d'argent ainsi que pour les conséquences sur l'entourage de celles-ci.
2. En structure budgétaire 2008-2009.
3. La responsabilité de ce programme a été transférée au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Le budget de dépenses initial du Ministère, pour l'exercice 2008-2009, se chiffrait à 25 468,9 millions de dollars. Ce montant est révisé à 25 401,4 millions de dollars en tenant compte du transfert de la responsabilité en cours d'exercice du programme de promotion et développement de la Capitale-Nationale au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. La dépense probable pour l'exercice 2008-2009 se chiffre à 25 417,1 millions de dollars. L'écart est analysé selon chaque programme :

- Pour les fonctions nationales, la dépense probable est supérieure au budget initial. Cette situation est causée principalement par les dépenses relatives aux communications gouvernementales dont le financement n'était pas inclus au budget de dépenses initial et a fait l'objet d'un transfert au cours de l'exercice financier en provenance du Secrétariat à la communication gouvernementale.
- Pour les fonctions régionales, l'écart s'explique principalement par les dépenses relatives aux activités soutenant l'intégration et la francisation des immigrants. Le financement de ces activités n'était pas inclus au budget de dépenses initial et a fait l'objet d'un transfert en provenance du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles au cours de l'exercice financier 2008-2009.

5.3 Les ressources informationnelles

5.3.1 Les ressources informationnelles du réseau et du Ministère

Le Ministère a procédé à la création de la Direction générale des technologies de l'information et a nommé un sous-ministre adjoint. Cette direction générale a comme mandat d'assurer la gouvernance des technologies de l'information de l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux.

Le réseau

La réalisation du plan d'informatisation repose sur plusieurs volets. Sur le plan de la gestion, mentionnons l'adaptation, pour le réseau de la santé et des services sociaux, d'un outil de référence normalisé ainsi que la réalisation de gabarits de gestion de projet, de gestion des risques, de gestion du changement et de gestion de portefeuille.

Au chapitre de la normalisation, le Ministère s'implique toujours dans les travaux des groupes de travail de l'Unité collaborative de normalisation, instance de concertation sous l'égide d'Inforoute Santé du Canada. Celle-ci établit les profils de conformité pancanadiens que devront respecter les systèmes d'information en santé. Cette collaboration porte principalement sur les registres non cliniques, les infrastructures communes et la terminologie. Le Ministère participe également à la production des critères de normalisation pour les systèmes d'information en pharmacie (SIP).

En ce qui a trait aux télécommunications, le Ministère et le Centre de services partagés du Québec ont collaboré à la rédaction d'un appel d'offres pour le renouvellement du Réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS). Cet appel d'offres a été attribué au fournisseur TELUS pour la création du nouveau Réseau intégré de télécommunications multimédias (RITM) qui desservira, à la fois, le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que l'administration publique québécoise. La mise en place de ce nouveau réseau nécessitera une période de migration d'une durée maximale de deux ans et sera disponible dès janvier 2011. Celui-ci répondra à de nombreux besoins exprimés par le réseau sociosanitaire lors de la

consultation menée préalablement à la rédaction de l'appel d'offres. De plus, le Ministère a procédé à la certification de 14 nouvelles applications informatiques et de 8 nouvelles versions d'applications qui nécessitent l'utilisation du réseau de télécommunications pour le transport de l'information. La certification vise à assurer que les applications qui sont déployées dans le réseau de la santé et des services sociaux atteignent le niveau de performance adéquat et qu'elles ne portent pas atteinte à la sécurité du réseau de télécommunications.

Par ailleurs, en ce qui concerne la sécurité des actifs informationnels, les travaux de révision du cadre global de gestion des actifs informationnels se poursuivent. Afin de soutenir le réseau sociosanitaire, la Société de gestion informatique (SOGIQUE), à la demande du Ministère, opère le service national de sécurité de l'information. Ce dernier a été mis en place afin d'accompagner les acteurs du réseau dans la prise en charge de leur sécurité. De plus, un portail de la communauté de pratique en sécurité de l'information a été conçu dans le but d'offrir au réseau de la santé et des services sociaux un point de rencontre et un outil Web efficace et performant.

De nombreux actifs informationnels concourent à l'organisation des soins et des services du réseau sociosanitaire. L'entrepôt de données du Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS – phase II) permettant de suivre en temps réel l'accès aux chirurgies a été mis en production. L'implantation du Système de gestion des produits immunisants (GPI-Web) répond également à un besoin reconnu au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Enfin, il importe de souligner le déploiement de l'application Info-Santé Web qui facilite le suivi et assure la continuité de services à la clientèle vulnérable inscrite par les centres de santé et de services sociaux (volet soutien à domicile) et les groupes de médecine familiale (GMF) auprès des services régionaux Info-Santé et Info-Social.

Finalement, à la suite des consultations menées auprès des GMF et des chargés régionaux des GMF en 2007 et 2008, le Ministère a pris la décision d'implanter un nouveau processus d'informatisation des GMF, afin que ce dernier soit mieux adapté à leur réalité et réponde plus adéquatement à leurs besoins.

Le Ministère

Au cours de l'année 2008-2009, l'infrastructure technologique ministérielle a donné lieu aux principales réalisations suivantes :

- Le développement, l'amélioration et l'implantation de plusieurs systèmes d'information, dont ceux portant sur :
  - l'accès aux services spécialisés ;
  - les conseils d'administration des établissements ;
  - le registre des résidences privées pour personnes âgées ;
  - les services intégrés pour les personnes âgées ;
  - les informations sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés ;
  - la lutte contre le tabagisme ;
  - le registre des plaintes dans les établissements ;
  - le registre des techniciens ambulanciers ;
  - la pandémie d'influenza ;
  - le registre des organisations dispensatrices de services.

- Le soutien aux utilisateurs des ressources informationnelles du Ministère :
  - 13 984 demandes de soutien informatique ont été traitées, dont 9 376 dépannages, 1 591 installations de logiciels et 839 installations d'équipements ;
  - 2 421 réservations de visioconférence et 196 réservations de la salle multimédia ont été traitées.
- L'entretien, le maintien et l'inventaire physique (équipements et logiciels) du parc technologique du Ministère :
  - 1 273 postes de travail ;
  - 328 portables ;
  - 237 logiciels différents sur 905 postes, représentant 2 461 licences.

5.3.2 Le Dossier de santé du Québec

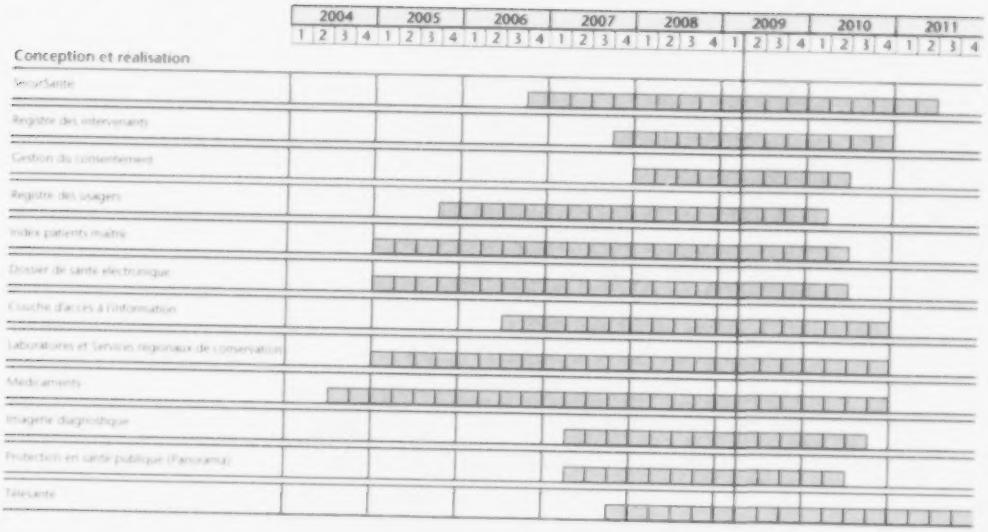
Le Dossier de santé du Québec (DSQ) est un outil qui permettra de rendre accessibles, électroniquement, aux professionnels de la santé habilités, certaines informations cliniques pertinentes pour la prise en charge et le suivi des patients, quel que soit le lieu sur le territoire québécois où ces patients reçoivent des services de santé. Cet échange d'information se fera selon un très haut niveau de sécurité pour assurer, notamment, le respect de la confidentialité de l'information.

Le DSQ est conforme à la vision d'affaires et au plan d'informatisation du Ministère, dont il constitue un des éléments clés. La mise en œuvre du DSQ produira un effet de levier en vue de l'informatisation du réseau québécois de la santé, notamment pour la poursuite des efforts des régions pour l'informatisation des établissements et des cliniques médicales. Il deviendra un outil de soutien au travail des professionnels de la santé, outil dont les bénéfices permettront de répondre aux préoccupations communes des autorités gouvernementales et des citoyens du Québec en matière de soins et de services de santé. Ainsi, les trois axes majeurs des bénéfices recherchés par le DSQ sont l'amélioration de la qualité des soins, l'amélioration de l'accessibilité aux soins et services ainsi qu'une contribution à l'accroissement de la productivité des professionnels de la santé.

Le DSQ se démarque entre autres par sa portée, son envergure et sa complexité. Il est formé de plusieurs projets, dont la liste apparaît à l'annexe V.

Le tableau suivant présente l'échéancier des projets en date du 31 mars 2009.

Échéancier des projets



Concernant le projet d'imagerie diagnostique, le déploiement des systèmes d'archivage et de transmission d'images diagnostiques numérisées (PACS) avance à grands pas. De plus, la mise en opération des répertoires d'imagerie diagnostique (RID) a été complétée dans les régions du réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université Laval et du RUIS de l'Université de Sherbrooke. C'est à partir de ces répertoires que le DSQ pourra rendre les données d'imagerie diagnostique disponibles aux professionnels de la santé. Le RID Montréal McGill est en déploiement, et la mise en place des installations avance rapidement. En janvier 2009, 2 millions d'examens radiologiques étaient produits annuellement en format numérisé dans le cadre du projet d'imagerie diagnostique du DSQ. L'objectif est de 3,7 millions d'examens d'ici septembre 2010. Le projet a ainsi dépassé 54 % de ses objectifs de numérisation au Québec.

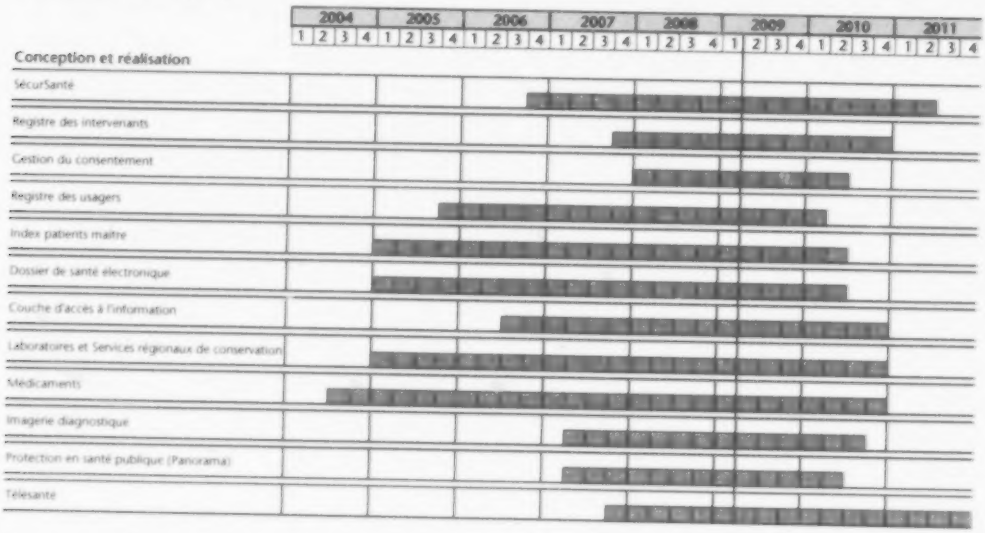
Le projet expérimental

Le 23 avril 2008, le gouvernement du Québec déterminait, par le décret 404-2008, les conditions de mise en œuvre du projet expérimental du DSQ. Ces conditions visaient à permettre au Ministère de réaliser, dans le cadre d'un projet expérimental, une première livraison d'un sous-ensemble des composantes du DSQ dans un contexte restreint, plus facile à contrôler et favorisant une meilleure maîtrise des risques qui y sont associés.

En mai 2008, le DSQ lançait le projet expérimental dans la région de la Capitale-Nationale, permettant ainsi à un groupe de professionnels de la santé (médecins, pharmaciens et infirmières) d'accéder à certaines informations cliniques. Un nombre limité de professionnels de la santé travaillant dans un même lieu de pratique ainsi qu'un échantillon restreint de la population sont impliqués dans ce projet expérimental.

Le tableau suivant présente l'échéancier des projets en date du 31 mars 2009.

Échéancier des projets



Concernant le projet d'imagerie diagnostique, le déploiement des systèmes d'archivage et de transmission d'images diagnostiques numérisées (PACS) avance à grands pas. De plus, la mise en opération des répertoires d'imagerie diagnostique (RID) a été complétée dans les régions du réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université Laval et du RUIS de l'Université de Sherbrooke. C'est à partir de ces répertoires que le DSQ pourra rendre les données d'imagerie diagnostique disponibles aux professionnels de la santé. Le RID Montréal McGill est en déploiement, et la mise en place des installations avance rapidement. En janvier 2009, 2 millions d'examens radiologiques étaient produits annuellement en format numérisé dans le cadre du projet d'imagerie diagnostique du DSQ. L'objectif est de 3,7 millions d'examens d'ici septembre 2010. Le projet a ainsi dépassé 54 % de ses objectifs de numérisation au Québec.

Le projet expérimental

Le 23 avril 2008, le gouvernement du Québec déterminait, par le décret 404-2008, les conditions de mise en œuvre du projet expérimental du DSQ. Ces conditions visaient à permettre au Ministère de réaliser, dans le cadre d'un projet expérimental, une première livraison d'un sous-ensemble des composantes du DSQ dans un contexte restreint, plus facile à contrôler et favorisant une meilleure maîtrise des risques qui y sont associés.

En mai 2008, le DSQ lançait le projet expérimental dans la région de la Capitale-Nationale, permettant ainsi à un groupe de professionnels de la santé (médecins, pharmaciens et infirmières) d'accéder à certaines informations cliniques. Un nombre limité de professionnels de la santé travaillant dans un même lieu de pratique ainsi qu'un échantillon restreint de la population sont impliqués dans ce projet expérimental.

Comme l'indique le tableau suivant, le projet expérimental a porté sur les logiciels d'alimentation et de consultation des données relatives aux médicaments obtenus par les usagers dans des pharmacies communautaires ainsi que des données résultant d'analyses biomédicales réalisées en laboratoire. Les logiciels constituant les infostructures du DSQ ont également été mis à l'essai.

Fonctionnalités mises à l'essai depuis mai 2008

Alimentation des données cliniques	Consultation des données cliniques
• Médicaments • Laboratoires (depuis février 2009)	• Médicaments

Infostructures

- Couche d'accès à l'information sur la santé
- SécurSanté (infrastructure à clé publique)
- Registre des usagers, registre des intervenants
- Index patients maître
- Consentement
- Visualiseur

L'expérimentation a mis en lumière certains enjeux qui font apprécier la complexité et l'ampleur de ce projet, notamment l'uniformisation dans l'identification locale de l'usager à travers le réseau de la santé, la normalisation de la terminologie clinique des données de laboratoires ainsi que les orientations technologiques pour l'échange d'information clinique. À cet égard, la mise en œuvre d'une deuxième phase du projet expérimental apparaît d'ores et déjà essentielle.

D'autres aspects associés au Dossier de santé du Québec

Au chapitre des risques associés au projet, un suivi serré est effectué, et une suite d'actions a été déterminée pour en réduire la probabilité. De plus, en 2008-2009, une nouvelle stratégie dans la mise en œuvre du DSQ a été adoptée. L'expérience du projet expérimental, des réalités régionales multiples et variées ainsi qu'une maturité dans la conduite des projets ont servi d'assises à la nouvelle stratégie de mise en œuvre.

Sur le plan financier, les dépenses totales du DSQ au 31 décembre 2008 s'établissaient à 146 millions de dollars sur des investissements prévus de 563 millions de dollars. À cette même date, 49 ententes étaient signées avec Inforoute Santé du Canada (ISC), totalisant 297 millions de dollars sur une contribution attendue de 303 millions de dollars. La balance du financement, soit 260 millions de dollars, est assurée par le gouvernement du Québec.

Le tableau suivant présente le contour financier du plan d'affaires 2007-2011, incluant la contribution attendue d'ISC et celle du provincial de même que le montant des dépenses réelles au 31 décembre 2008.

Dossier de santé du Québec – contour financier et dépenses

Projets liés au DSQ	Propriétaires	Contour financier du plan d'affaires 2007-2011	Contribution attendue d'ISC	Contribution gouvernement du Québec	Dépenses réelles au 31 décembre 2008
		Coûts (en millions de dollars)			
Couche d'accès à l'information sur la santé (CAIS), incluant les adaptations à l'infrastructure à clé publique (ICP)	CHQ	27,5	22,2	5,3	10,5
Consentement :					
- Registre des consentements	RAMQ	4,4	-	4,4	2,6
- Service de gestion	CHQ	5,6		5,6	0,9
Imagerie diagnostique	Agence de Montréal	111,8	71,9	39,9	30,2
Index patients maître (IPM)	CHQ	22,0	10,0	12,0	14,6
Infrastructure à clé publique (ICP)	RAMQ	25,2	-	25,2	3,9
Médicaments	RAMQ	44,9	38,2	6,7	21,9
Registres des intervenants et des usagers, incluant le Service de localisation	RAMQ	27,8	10,0	17,8	15,1
Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)	Agence de Montréal	4,2	4,0	0,2	0,4
Protection en santé publique (Panorama)	INSPQ	12,8	9,4	3,4	4,1
Télésanté	CHQ	45,6	19,5	26,1	1,3
Visualiseur du dossier de santé électronique, Dossier de santé électronique, Laboratoires et Services régionaux de conservation (SRC)	Agence de Montréal	99,3	89,6	9,7	14,0
Coûts des activités communes aux projets :					
- Intérêts		27,0	-	27,0	2,0
- Administration		19,9	-	19,9	7,8
- Architecture, gestion de projets et gestion du changement		21,1	16,9	4,2	8,3
- Mise en œuvre et déploiement régional et Réseau de soutien et de validation par les pairs (RSVP)		59,2	8,0	51,2	7,6
- Évaluation des bénéfices		4,3	3,3	1,0	0,6
TOTAL		**562,6**	**303,0**	**259,6**	**145,8**

Partie 6

L'application de certaines politiques gouvernementales

6.1 L'accès à l'égalité en emploi

Les membres de communautés culturelles, les anglophones, les autochtones et les personnes handicapées

Pour hausser la représentation des membres des communautés culturelles, des anglophones, des autochtones et des personnes handicapées dans la fonction publique, le gouvernement poursuit la mise en œuvre de son programme d'accès à l'égalité en emploi, qui vise l'atteinte d'un taux d'embauche annuel de 25 % des nouveaux employés provenant de ces groupes.

Au cours de l'année 2008-2009, le Ministère a recruté 13 personnes membres de ces groupes cibles pour des postes réguliers, ce qui représente 17 % du nombre total d'employés réguliers embauchés. Tous les statuts d'emploi confondus, le Ministère a recruté 39 membres de groupes cibles, ce qui représente 12 % de l'ensemble des personnes embauchées. Les données présentées comprennent les effectifs du Conseil du médicament, du Commissaire à la santé et au bien-être ainsi que de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Taux d'embauche de membres de groupes cibles par statut d'emploi, 2008-2009

	Embauche de membres de groupes cibles 2008-2009						
Statuts d'emploi	Embauche totale 2008-2009	Communautés culturelles	Anglophones	Autochtones	Personnes handicapées	Total	Taux d'embauche par statut d'emploi[1]
Réguliers[2]	75	10	1	0	2	13	17 %
Occasionnels[3]	188	13	2	0	0	15	8 %
Étudiants	43	10	1	0	0	11	26 %
Stagiaires	9	0	0	0	0	0	0 %
Total	**315**	**33**	**4**	**0**	**2**	**39**	**12 %**

1. Le taux d'embauche par statut d'emploi est calculé selon le nombre total de personnes issues du groupe visé dans un statut donné par rapport à l'embauche totale 2008-2009 dans le statut d'emploi.
2. Les données sur l'embauche du personnel régulier ne concernent que les recrutements.
3. Les données sur l'embauche du personnel occasionnel ne concernent que les nouvelles entrées en fonction durant la période visée, ce qui exclut les employés occasionnels provenant des listes de rappel ainsi que ceux qui sont déjà en fonction et dont le contrat est renouvelé.

Évolution du taux d'embauche global des membres de groupes cibles par statut d'emploi, de 2006-2007 à 2008-2009

Exercices	Réguliers	Occasionnels	Étudiants	Stagiaires
2006-2007	25 %	11 %	24 %	6 %
2007-2008	25 %	9 %	20 %	11 %
2008-2009	17 %	8 %	26 %	0 %

Sur le plan de la représentativité, en 2008-2009, le Ministère a atteint la cible ministérielle de 2 % fixée par le gouvernement pour les personnes handicapées au sein de l'effectif régulier. Malgré les efforts déployés, le taux de représentativité des membres issus des communautés culturelles par rapport à l'ensemble de l'effectif régulier est de 5 %, soit en deçà de la cible fixée à 9 %. Cependant, il est à noter que ce pourcentage a augmenté de 1 % par rapport à l'année précédente. La situation peut s'expliquer par le fait que la majorité des emplois sont à Québec et que les membres des communautés culturelles se trouvent principalement dans la région de Montréal. Le Ministère poursuit ses efforts en vue d'atteindre les cibles fixées.

Évolution du taux de représentativité des groupes cibles au sein de l'effectif régulier, au 31 mars 2007, 2008 et 2009

Groupes cibles	2007		2008		2009	
	Nombre d'employés réguliers en place	Taux de représentativité par rapport à l'effectif régulier total	Nombre d'employés réguliers en place	Taux de représentativité par rapport à l'effectif régulier total	Nombre d'employés réguliers en place	Taux de représentativité par rapport à l'effectif régulier total
Communautés culturelles	23	3 %	28	4 %	34	5 %
Autochtones	3	0 %	4	1 %	3	0 %
Anglophones	3	0 %	4	1 %	3	0 %
Personnes handicapées	12	2 %	11	2 %	12	2 %

Taux de représentativité des membres des groupes cibles au sein de l'effectif régulier : résultats par catégorie d'emplois au 31 mars 2009

Groupes cibles	Personnel d'encadrement		Personnel professionnel[1]		Personnel technicien		Personnel de bureau		Personnel ouvrier		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Communautés culturelles	1	1 %	20	5 %	5	5 %	8	7 %	0	0 %	34	5 %
Autochtones	0	0 %	3	1 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	3	0 %
Anglophones	1	1 %	2	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	3	0 %
Personnes handicapées	0	0 %	8	2 %	1	1 %	3	3 %	0	0 %	12	2 %

1. Comprenant : ingénieurs, avocats, notaires, conseillers en gestion des ressources humaines, enseignants, médecins et dentistes.

La représentation féminine

La représentativité des femmes continue de progresser au Ministère. En 2007-2008, les femmes représentaient 61 % de l'effectif régulier. Ce pourcentage a augmenté à 63 % pour l'année 2008-2009. La représentativité des femmes a également progressé dans les emplois d'encadrement, passant de 44 % en 2007-2008 à 47 % pour l'année 2008-2009. Les données présentées comprennent les effectifs du Conseil du médicament, du Commissaire à la santé et au bien-être ainsi que de l'Agence d'évaluation des technologies et de modes d'intervention en santé.

Taux d'embauche des femmes 2008-2009

	Réguliers	Occasionnels	Étudiants	Stagiaires	Total
Nombre de femmes embauchées	57	156	27	7	247
Pourcentage par rapport au nombre total d'embauches en 2008-2009	76 %	83 %	63 %	78 %	78 %

Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier au 31 mars 2009

	Personnel d'encadrement	Personnel professionnel[1]	Personnel technicien	Personnel de bureau	Personnel ouvrier	Total
Nombre d'employés réguliers	74	439	98	120	1	732
Nombre de femmes ayant le statut d'employé régulier	35	242	70	117	0	464
Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier total de la catégorie	47 %	55 %	71 %	98 %	0 %	63 %

1. Comprenant : ingénieurs, avocats, notaires, conseillers en gestion des ressources humaines, enseignants, médecins et dentistes.

Mesures ou actions favorisant l'embauche, l'intégration et le maintien en emploi

Les efforts du Ministère en 2008-2009 ont été principalement consacrés à l'embauche de personnel appartenant à des groupes cibles. Les autorités ont notamment adopté des pratiques de gestion favorisant la sélection du personnel issu des groupes cibles.

6.2 L'égalité entre les femmes et les hommes

En 2006, le gouvernement lançait une nouvelle politique pour l'égalité entre les femmes et les hommes, intitulée *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*. Le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est engagé, dans le plan d'action 2007-2010 lié à cette politique, à réaliser les actions suivantes.

Les actions en tant que ministère responsable

Action 31 : Former un comité multisectoriel pour examiner la situation des personnes aidantes et trouver de nouvelles mesures de soutien, notamment en matière de fiscalité, d'emploi et d'aide à domicile.

Au cours de la période 2008-2009, le dossier des proches aidants a mené à une collaboration étroite entre le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que le ministère de la Famille et des Aînés. Cette collaboration a principalement porté sur la question du Fonds de soutien aux proches aidants des aînés. Des travaux sont également prévus concernant le *Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique*, notamment sur son ouverture aux services de répit pour les proches aidants. De plus, un développement important des services de répit s'adressant aux proches aidants des personnes âgées vivant à domicile a été réalisé dans l'ensemble des territoires des CSSS.

Action 44 : Élaborer un deuxième plan d'action visant à promouvoir la santé et le bien-être des femmes.

Les principales étapes menant à l'élaboration du plan d'action 2009-2012 en santé et bien-être des femmes ont été réalisées en 2008-2009, soit la définition des grandes orientations

ministérielles, des clientèles cibles, des principes directeurs, des objectifs et des actions pouvant être réalisées au cours de la période visée. Ce plan d'action s'inscrit en continuité des objectifs ministériels et de la stratégie d'action *Au féminin... à l'écoute de nos besoins*, lancée en 2003 par le Ministère. Il est prévu que ce plan d'action sera finalisé au cours de 2009-2010.

Action 45 : Adopter et diffuser la nouvelle politique de périnatalité.

La Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie a été diffusée en juin 2008. Le lancement de cette politique a été accompagné d'un investissement de 503 500 $ pour la mise en place ou le soutien au développement de services de sages-femmes. D'autres priorités d'action ont été définies pour la première phase de mise en œuvre de cette politique (pour la période 2008-2011). En 2009-2010, le Ministère fera connaître ce premier plan de mise en œuvre et formera un comité de suivi de l'implantation de ses actions.

Action 46 : Adopter un projet de loi visant notamment à protéger la santé des femmes utilisant des moyens de procréation assistée et à encadrer la recherche qui se fait dans ce domaine.

Cette action a connu d'importants développements en 2008-2009. Après des consultations particulières en Commission des affaires sociales concernant le projet de loi n° 23 (Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée), les travaux concernant l'adoption de ce projet de loi ont été suspendus. Cependant, après que le gouvernement s'est engagé à payer les frais liés aux traitements de fécondation *in vitro* pour les couples infertiles, à l'automne 2008, le ministre de la Santé et des Services sociaux compte déposer pour adoption un nouveau projet de loi au cours de 2009-2010 et proposer l'adoption d'une mesure sur le financement des traitements.

Action 47 : Produire un document sur l'approche à privilégier pour offrir des services de santé et des services sociaux adaptés aux besoins des femmes et des familles touchées par une problématique, existante ou potentielle, d'excision ou d'infibulation.

Un document a été préparé pour consultation auprès du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles ainsi que des instances régionales du réseau de la santé et des services sociaux. La diffusion de ce document et des démarches pour la mise en œuvre des actions découlant des recommandations qui y sont émises est prévue pour 2009-2010.

Les actions en tant que ministère coresponsable

Action 42 : Soutenir la mise en œuvre de services de surveillance pour les jeunes handicapés de 12 à 21 ans du secondaire qui n'ont pas l'autonomie nécessaire pour être seuls en dehors des heures de classe.

Les recommandations du comité pour développer une mesure financière permettant de structurer l'organisation de services de surveillance en dehors des heures de classe, pour les élèves handicapés de 12 à 21 ans, ont été soumises aux autorités visées (ministère de la Famille et des Aînés, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, ministère de la Santé et des Services sociaux) en décembre 2008. Pour soutenir les services en place, ces trois ministères ont convenu de maintenir leur engagement de 40 000 $, pour un total de 120 000 $, auquel s'ajoutera une partie des sommes disponibles au ministère de la Famille et des Aînés en 2009-2010 (250 000 $) pour la conciliation travail-famille.

Action 52 : S'assurer que les services de supervision des droits d'accès donnent priorité à la sécurité des enfants et du parent non violent dans les cas de violence conjugale.

Il est prévu que, dans les situations de violence conjugale, les services de supervision des droits d'accès donnent priorité à la sécurité des enfants et du parent non violent. Les organismes responsables de ces services doivent consigner dans un registre spécifique tous les incidents et les situations où des manifestations de violence à l'égard d'une des personnes participantes ont eu lieu ainsi que tous les incidents et les situations où la sécurité des personnes ou des lieux a été mise à l'épreuve dans le cadre des services de supervision des droits d'accès. En 2008-2009 aucune plainte n'a été reçue, et aucun incident n'a été rapporté.

L'analyse différenciée selon les sexes

Le Ministère poursuit son engagement pour l'implantation de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) dans ses pratiques de planification et de gestion. En 2008-2009, il a entrepris un des deux projets ministériels ayant été identifiés en 2007-2008, soit l'intégration de l'ADS au plan d'action interministériel en itinérance lequel est actuellement en élaboration. Le second projet, soit une expérimentation utilisant les outils de formation déjà existants *Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles* et *Pour une nouvelle vision de l'homosexualité* dans le cadre d'un projet de lutte contre l'homophobie adapté à la clientèle des 12 à 25 ans, sera entrepris en 2009-2010. D'autres projets ministériels en ADS devraient aussi être identifiés au cours de la prochaine année.

Le Ministère a préparé une nouvelle version du matériel de formation en ADS adapté au secteur de la santé et des services sociaux. Cette nouvelle formation a été offerte à des personnes-ressources du réseau en mars 2009, et devrait être également offerte au Ministère en 2009-2010. Le Ministère prévoit aussi mettre en place des mécanismes d'accompagnement et de soutien technique destinés aux personnes qui seront appelées à intégrer l'ADS à leurs pratiques de planification et de gestion, au sein du Ministère et dans le réseau.

6.3 L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels

Au cours de l'année 2008-2009, le Ministère a reçu 241 demandes d'accès formulées en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. De ce nombre, 182 visaient l'obtention de documents administratifs (76 %), et 59 portaient sur l'accès à des renseignements personnels (24 %).

Nombre de demandes d'accès à l'information par année financière

Parmi les demandes de 2008-2009, 55 % ont entraîné un accès total ou partiel, 8 % se sont soldées par un refus de communication et 37 % concernaient des documents non détenus par le Ministère ou relevant de la compétence d'un autre organisme. Le temps de réponse a été de 20 jours et moins dans 69 % des cas. Dix recours en révision des décisions rendues ont été entrepris auprès de la Commission d'accès à l'information.

Nombre de demandes ayant obtenu une réponse du Ministère, selon le type de demande, 2007-2008 et 2008-2009

Type de demande	2007-2008	2008-2009
Renseignements généraux et avis sur la Loi sur l'accès	408	322
Registre de la population (actes de naissance, de mariage et de décès)	592	738
Accès à des fichiers de renseignements personnels utilisés à des fins de recherche, d'étude ou de statistique	58	59

Le dossier de la protection des renseignements personnels demeurera une priorité en 2009-2010 avec, entre autres, la mise en œuvre du Règlement sur la diffusion de l'information et sur la protection des renseignements personnels.

6.4 La politique linguistique

La Politique du ministère de la Santé et des Services sociaux relative à l'emploi et à la qualité de la langue française a été adoptée par le Ministère en novembre 1999, à la suite de la diffusion de la *Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'Administration*. En 2008-2009, les communications verbales et écrites faites par le personnel du Ministère, dans l'exercice de ses fonctions, l'ont été dans le respect de la politique linguistique ministérielle.

Le Comité permanent sur le suivi de la politique linguistique a reporté la révision de la politique linguistique du Ministère afin de tenir compte des avis du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, du Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles ainsi que du Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles. Une personne représentant ces trois unités administratives a d'ailleurs été nommée membre du Comité permanent. La révision de la politique linguistique du Ministère sera réalisée dans le cadre de l'exercice financier 2009-2010. De plus, à la demande de l'Office québécois de la langue française, le Ministère a poursuivi ses travaux pour rendre son site Internet et la ligne Info-Santé 8-1-1 conformes aux normes de la Charte de la langue française et des politiques ou directives qui en découlent.

6.5 Le développement durable et les changements climatiques

Plan d'action de développement durable

L'élaboration du *Plan d'action de développement durable 2009-2013* a constitué le cœur des travaux de la dernière année. Le Ministère s'est engagé formellement dans une démarche de développement durable par 16 actions concrètes regroupées sous les 4 orientations gouvernementales suivantes :

- Informer, sensibiliser, éduquer, innover ;

- Réduire et gérer les risques pour améliorer la santé, la sécurité et l'environnement ;
- Produire et consommer de façon écoresponsable ;
- Aménager et développer le territoire de façon durable et intégrée.

Parallèlement à cette étape majeure, diverses initiatives ont vu le jour dans le cadre de la sensibilisation des employés du Ministère à la démarche gouvernementale de développement durable. La diffusion de capsules d'information à la une de l'intranet ministériel, la création d'un site intranet portant spécifiquement sur le développement durable et accessible à tous les employés ainsi que l'affichage mensuel d'une suggestion de geste concret à accomplir font tous partie des nouveaux moyens déployés pour susciter l'intérêt des employés à la démarche de développement durable. Les mesures déjà en place, telles que les rencontres d'information aux nouveaux employés et aux gestionnaires, se sont poursuivies. Le Ministère a également participé à divers groupes de travail interministériels animés par le Bureau de coordination du développement durable et a apporté une expertise dans le cadre de travaux ou d'événements divers initiés par des agences et des établissements.

Plan d'action sur les changements climatiques

L'action 16 du *Plan d'action 2006-2012 sur les changements climatiques* du gouvernement du Québec demande « d'améliorer, d'ici 2010, l'efficacité énergétique dans les bâtiments publics de 10 à 14 % sous le niveau de 2003 et de réduire de 20 % la consommation de carburant dans les ministères et les organismes publics ». Pour le Ministère, l'enjeu en efficacité énergétique se situe dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Une cible d'amélioration de 14 % par rapport au niveau de 2003 a été fixée pour 2010. Au 31 mars 2008, on constatait une amélioration de 15 %. Le réseau a donc atteint et même dépassé sa cible.

Depuis le début des programmes liés à l'action 16, le Ministère a autorisé le lancement de 127 projets en mode autofinancement, pour un montant global de 151 millions de dollars, qui fournissent au réseau des économies annuelles récurrentes de 26 millions de dollars. De ces 127 projets, on dénombre 22 projets spécifiquement au cours de l'année 2008-2009, pour un montant de 44 millions de dollars et des économies annuelles récurrentes de 7 millions de dollars. En ce qui a trait au programme de subventions pour les projets favorisant les énergies renouvelables, le Ministère a autorisé 17 millions de dollars en subventions pour la réalisation de 20 projets.

L'action 17 du *Plan d'action 2006-2012 sur les changements climatiques* consiste à « exiger que chaque ministère développe un programme visant à réduire les émissions de GES occasionnées par les déplacements des employés pour se rendre au travail », d'ici 2008. Depuis quelques années, le Ministère a mis à la disposition des employés désirant adopter un transport actif des supports à vélo, des casiers ainsi que des douches. En 2008-2009, des ajouts de supports à vélo ont été faits.

Afin de favoriser le covoiturage pour se rendre au travail, le Ministère a inclus dans son site intranet une rubrique à ce sujet. De plus, la formule Abonne-Bus, mise en place depuis plusieurs années en collaboration avec le Réseau de transport de la Capitale, se veut une incitation à l'utilisation du transport en commun par les employés. Pour les voyages interurbains, le covoiturage et l'utilisation du transport en commun comme le train ou l'autobus sont également privilégiés.

L'action 21 prévoit la mise en place de mécanismes qui permettront de prévenir et d'atténuer les impacts des changements climatiques sur la santé et la sécurité publiques. Au cours de la dernière année, l'Institut national de santé publique du Québec, mandaté par le Ministère

pour la gestion du volet santé de l'action 21, a mené une étude de faisabilité pour la mise en place d'un système intégré de veille-avertissement et de surveillance en temps réel des impacts sanitaires des vagues de chaleur. Une étude de faisabilité a aussi été effectuée pour la mise sur pied d'un système de surveillance des problèmes de santé physique et psychosociale liés aux événements climatiques extrêmes (tempêtes hivernales et estivales, orages et pluies torrentielles, tornades, feux de forêt, inondations, glissements de terrain, érosion côtière), pour lequel une plateforme commune avec le système chaleur est envisagée. En plus du volet vigie associé à la chaleur, ces systèmes de surveillance permettent de quantifier les impacts sur la santé sur une base annuelle en vue de mettre en place des mesures de prévention. Un programme de partenariat en santé publique dans le secteur de l'épidémiologie des zoonoses, des maladies vectorielles et des changements climatiques a aussi été mis en place afin de promouvoir l'avancement de la recherche utile à la surveillance, à la veille scientifique ainsi qu'à la formation.

Le Ministère soutient aussi les adaptations de la gestion clinique, sociale et matérielle du réseau de la santé ainsi que la formation des intervenants. À cet effet, une recension des écrits portant sur les interrelations médicaments et chaleur est en cours. Des travaux sont également menés, avec la collaboration de la Corporation d'hébergement du Québec pour évaluer l'impact des changements climatiques sur l'environnement bâti du réseau de la santé et des services sociaux du Québec ainsi qu'établir des stratégies d'adaptation de manière à assurer la pérennité des structures de santé et à maintenir l'offre de service à la population. Dans cette optique d'atténuer l'impact sanitaire des changements climatiques sur les populations vulnérables, une revue et une évaluation des mesures favorisant la création de zones de fraîcheur et la lutte aux îlots de chaleur urbains ont été complétées au cours de l'année. Elles serviront d'assise pour la réalisation de projets de démonstration en matière d'aménagement préventif des lieux et des espaces habités pour les infrastructures du milieu municipal de même que des réseaux de l'éducation et de la petite enfance.

6.6 Le bilan des activités de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé

Les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) sont composés d'un centre hospitalier universitaire (CHU), de centres hospitaliers affiliés universitaires (CHAU), d'instituts universitaires (IU) de même que de l'université à laquelle ces établissements sont affiliés. D'autres établissements de santé peuvent y être ajoutés à la discrétion de chaque RUIS.

Le mandat des RUIS consiste à formuler des propositions au ministre ou à toute agence visée, notamment sur l'organisation des services spécialisés et surspécialisés, le déploiement de programmes de formation de la main-d'œuvre médicale, la répartition des effectifs médicaux, les corridors de services à établir avec les autres composantes du réseau ainsi que le développement des technologies et de la recherche.

La Table de coordination nationale des RUIS a comme responsabilités principales d'assurer la place stratégique de la médecine académique auprès de tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de même que de coordonner l'action des RUIS pour assurer l'accès à la médecine académique dans toutes les régions du Québec.

Au cours de l'année 2008-2009, les membres de cette table de concertation se sont réunis à quatre reprises, sous la présidence du Dr Michel A. Bureau. Notons qu'à la réunion du 2 octobre 2008, le Dr Yves Bolduc, ministre de la Santé et des Services sociaux, a rencontré les membres de la Table. Lors de cette rencontre, il a souligné l'importance des RUIS dans l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux et il les a invités à établir des corridors de services bidirectionnels avec les établissements des territoires qu'ils desservent.

De plus, au cours de cette même année, huit tables sectorielles ont exercé leurs activités. Ces tables sont : télé-santé, cardiologie tertiaire, oncologie, mère-enfant, génétique, évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, soins infirmiers et douleur chronique.

Lors de la réunion du 12 juin 2008, la Table a accepté les recommandations suivantes provenant de la Table sectorielle sur la gestion de la douleur chronique :

- Inclure la douleur chronique dans le document ministériel sur la stratégie de prévention et de gestion des maladies chroniques.
- Demander aux agences d'inclure la douleur chronique dans leur projet de mise en place des services de première et de deuxième ligne.

Lors de la réunion du 2 octobre 2008, la Table a accepté la recommandation du secrétaire général de procéder à une évaluation des RUIS après cinq ans de fonctionnement. Elle a également accepté les recommandations suivantes de la Table sectorielle en cardiologie tertiaire, soit :

- Octroyer un laboratoire d'électrophysiologie cardiaque autonome au Centre universitaire de santé de McGill.
- Exécuter au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke la deuxième étape du plan de développement en cardiologie tertiaire, soit l'aménagement d'un laboratoire dédié à l'électrophysiologie cardiaque et l'achat de fournitures technologiques nécessaires à son fonctionnement autonome.
- Installer à l'Institut de cardiologie de Montréal une salle d'électrophysiologie additionnelle qui permettrait l'installation de cardiostimulateurs et de cardiostimulateurs-défibrillateurs ainsi que le retrait d'électrodes, puisque ces interventions ne nécessitent pas l'utilisation de ressources technologiques du plus haut calibre.
- Ajouter une troisième salle d'électrophysiologie à l'Hôpital Laval.

Finalement, la Table a accepté le document provenant de la Table sectorielle mère-enfant intitulé *Proposition visant le développement optimal, dans chaque région du Québec, des effectifs, de l'expertise et des infrastructures requis pour assurer des services intégrés de qualité en périnatalogie, en néonatologie et en pédiatrie*. Conséquemment, la Table de coordination nationale a autorisé la Table sectorielle mère-enfant à diffuser largement le document ci-dessus mentionné et a recommandé à chaque RUIS de faire la promotion auprès des agences de ses territoires de desserte du concept d'établissement avec mission régionale et de collaborer à son implantation.

Lors de la réunion du 18 décembre 2008, la Table a accepté le canevas et l'échéancier proposés par le secrétaire général pour l'évaluation des RUIS après cinq ans. De plus, la Table a accepté de la part de la Table sectorielle en génétique les recommandations qui découlent des travaux de révision des analyses de laboratoire en génétique, soit :

- Réaliser la majorité (72 %) des analyses dans un seul établissement.
- Maintenir une redondance pour certaines analyses considérées comme des analyses de base en génétique.

6.7 Le suivi des recommandations des rapports du Vérificateur général du Québec

Le suivi des actions entreprises par le Ministère pour répondre aux recommandations du Vérificateur général du Québec est coordonné par la Direction de la vérification interne, de concert avec les secteurs d'activité visés. Les membres du Comité ministériel de vérification sont informés de l'évolution des travaux effectués pour répondre à ces recommandations.

Le Ministère témoigne des progrès accomplis au regard des mesures correctrices qu'il a annoncées dans les rapports du Vérificateur général qui ont été déposés depuis l'année 2004-2005.

Le service d'imagerie médicale (Tome I, 2004 2005)

Les agences et les établissements ayant reçu les allocations 2008-2009 en maintien des actifs, volet équipement médical, ont présenté les plans triennaux au Ministère et procèdent actuellement à l'acquisition d'appareils tels que des tomodensitomètres, des échographes et des accélérateurs linéaires. Le bilan des acquisitions sera déposé au Ministère à l'automne 2009.

Au Québec, le déploiement de la tomographie par émission a été réalisé en trois phases. Des 12 centres retenus, 11 sont en fonction, soit le CHUM, le CHUS, le CHUQ, le CUSM, l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, le CHU Sainte-Justine, le CSSS de Rimouski-Neigette, le CSSS de Chicoutimi, le CH régional de Trois-Rivières et le CSSS de Gatineau. Seul l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (Hôpital Laval) n'est pas encore en production clinique.

En 2008, le Québec comptait 36 établissements offrant des services d'imagerie par résonance magnétique dans 43 installations, pour un total de 53 appareils en fonction. De plus, six centres ont reçu l'autorisation d'implanter cette technologie. Donc, sous peu, 59 appareils seront en fonction au Québec. Le nombre d'examens de résonance magnétique effectués pendant l'année financière 2005-2006 a été de 143 272, alors que 160 284 et 174 008 examens ont été respectivement réalisés en 2006-2007 et 2007-2008. Les données 2008-2009 ne sont pas disponibles.

Le continuum de services en traumatologie (Tome II, 2004-2005)

Depuis la recommandation émise par le Vérificateur général du Québec, plusieurs actions ont été réalisées, tandis que d'autres, présentement en cours, découlent des changements récents apportés sur le plan de la gestion du Programme québécois de traumatologie.

En effet, dans le cadre de l'évolution du Programme québécois de traumatologie, les instances ministérielles ont adopté, en décembre 2008, le document *Mandats et responsabilités du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) touchant l'organisation des services en traumatologie*.

D'une part, ce document précise l'orientation que le Ministère entend adopter quant au programme de traumatologie. Il a ainsi mis fin au mandat qu'il avait précédemment confié à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) relativement aux fonctions évaluatives et a créé, au sein de sa structure, une direction adjointe spécifique aux services de traumatologie. D'autre part, afin d'assurer la pérennité et l'objectivité des fonctions évaluatives, le Ministère a confié à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, en tant qu'évaluateur expert externe, le mandat de la gestion et du fonctionnement du programme d'amélioration continue de la qualité du Programme québécois de traumatologie.

Le Ministère assure ainsi le maintien des deux forces majeures liées à la performance du continuum et identifiées dans le rapport du Vérificateur général du Québec de 2004-2005, à savoir la clarté des rôles et responsabilités des acteurs ainsi que la présence d'un mécanisme permettant de prévenir, de détecter et de corriger les situations qui pourraient compromettre la qualité des services.

Au cours de l'année 2008-2009, le dernier plan directeur régional en traumatologie attendu par le Ministère a été déposé par la région de la Capitale-Nationale. Comme pour tous les plans directeurs régionaux acheminés antérieurement au Ministère, des recommandations ont été émises, et le suivi de ces dernières par l'agence est exigé. On y trouve, notamment, le dépôt d'un plan d'action qui inclut les indicateurs de suivi, les moyens qui seront utilisés pour évaluer le degré d'atteinte des résultats escomptés, les personnes responsables ainsi que les échéanciers.

Concernant le volet à portée évaluative du portail Internet gouvernemental, lequel constitue un outil stratégique touchant à l'évaluation de la performance du Programme québécois de traumatologie, le Ministère travaille actuellement à en assurer la pérennité sur les plans de son hébergement et de son développement à la suite du retrait de la SAAQ au regard de ce mandat.

Le développement de la nouvelle application du Registre des traumatismes du Québec par la Régie de l'assurance maladie du Québec est complété. À la suite des observations issues d'un premier essai pilote, le Ministère procède présentement à une évaluation formative visant à optimiser l'application avant son déploiement provincial.

L'évaluation du consortium interrégional de l'ouest du Québec pour les enfants ou adolescents victimes d'un traumatisme craniocérébral modéré ou grave a été réalisée à l'automne 2008, mettant ainsi fin à ce deuxième cycle d'évaluation. Une matrice présentant les critères associés à l'évaluation avait été élaborée afin de soutenir la qualité de ce processus. Les établissements impliqués dans ce consortium sont en voie d'être désignés officiellement.

Les services préhospitaliers d'urgence au Québec (Tome II, 2004-2005)

Le rehaussement de la formation des techniciens ambulanciers paramédics

En 2008-2009, dix collèges offraient une formation en soins préhospitaliers d'urgence (diplôme d'études collégiales [DEC]) ou un programme d'attestation d'études collégiales (AEC) en techniques ambulancières. Il s'agit du Collège Ahuntsic, du Campus Notre-Dame-de-Foy, qui est un collège privé, ainsi que des cégeps de Sainte-Foy, John Abbott, de l'Outaouais, de l'Abitibi-Témiscamingue, de Chicoutimi, Édouard-Montpetit, de Rivière-du-Loup et de Shawinigan. Au 1er avril 2009, l'équivalent de 26 cohortes pour le DEC, d'une vingtaine d'étudiants chacune, étaient en cours de formation avec 74 diplômés prévus au printemps 2009, 120 au printemps 2010 et près de 300 au printemps 2011. Selon les besoins évalués par le processus de révision de la Politique de la main-d'œuvre actuellement en cours au Ministère, le programme d'AEC en techniques ambulancières pourrait continuer de former des techniciens ambulanciers paramédics jusqu'en 2012, afin d'assurer une main-d'œuvre suffisante.

Également, en 2008-2009, le Ministère s'est engagé dans un processus d'harmonisation des compétences des techniciens ambulanciers paramédics québécois avec celles des techniciens ambulanciers paramédics des autres provinces canadiennes, et ce, afin de se conformer aux exigences de l'Accord sur le commerce interne. Une stratégie à court terme a été élaborée pour permettre la mobilité interprovinciale de la main-d'œuvre ambulancière à partir du 1er avril 2009.

Les premiers répondants

Le service de premiers répondants de la Ville de Montréal est dans sa troisième et dernière année d'implantation. En mars 2009, 1 150 premiers répondants étaient en fonction dans

53 casernes. Le service sera complètement déployé d'ici décembre 2009 et comportera environ 1 200 premiers répondants en fonction dans les 66 casernes de l'agglomération. On constate que même si le processus de déploiement des premiers répondants n'est pas complètement terminé sur le territoire de l'agglomération, l'amélioration des temps de réponse des services préhospitaliers est marquée. Le pourcentage des affectations de priorité 1, auxquelles les premiers répondants ont donné une réponse en 7 minutes 59 secondes et moins, est passé de 60 % pour la première période de 2008 à 83 % pour la cinquième période de la même année.

Ailleurs en province, on compte approximativement 2 000 premiers répondants répartis dans quelque 190 services municipaux.

La Corporation d'urgences-santé

En 2008-2009, le Ministère a continué d'assurer le suivi des activités de la Corporation ainsi que de l'entente de gestion conclue avec cette dernière, notamment par des rencontres statutaires. Ces rencontres permettent au Ministère de suivre l'évolution de l'ensemble des champs d'activité de la Corporation et d'en assurer l'arrimage aux orientations ministérielles applicables aux services préhospitaliers. Les discussions ont porté sur plusieurs dossiers, notamment :

- la planification de la main-d'œuvre paramédicale, les effectifs disponibles pour la période estivale 2009 ainsi que les primes estivales ;
- l'entente avec la Ville de Montréal concernant l'implantation d'un service de premiers répondants ;
- l'implantation à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal d'un département de médecine préhospitalière intégrant les médecins de la Corporation ;
- le lancement d'un processus liant le Ministère à l'Université de Montréal pour la définition d'un programme de soins préhospitaliers avancés (proposition universitaire attendue en juin 2009) ;
- la révision du plan régional de pandémie ;
- la mise à jour de l'entente de gestion avec la Corporation.

Le Ministère assure un suivi de la situation financière de la Corporation (ajustements budgétaires liés à la hausse du coût des véhicules, du diesel et des moniteurs défibrillateurs semi-automatiques, cotisation à la Commission de la santé et de la sécurité du travail, etc.).

Les orientations ministérielles relativement aux services préhospitaliers d'urgence

L'une des principales recommandations du comité Gauthier porte sur la mise en place de projets-pilotes modifiant certains horaires de travail des techniciens ambulanciers paramédics dans cinq régions du Québec et l'évaluation de l'impact de ces transformations sur les temps de réponse ainsi que sur la mortalité et la morbidité de la population desservie. Cinq projets-pilotes ont démarré. Des cohortes de formation ont été financées pour assurer une main-d'œuvre suffisante. L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé évaluera les résultats des projets-pilotes. L'évaluation préliminaire actuelle semble indiquer une amélioration du temps de réponse, découlant de la combinaison de la transformation des horaires de faction et la mise en place d'un déploiement dynamique.

Mise en lumière par les projets-pilotes, la question de la main-d'œuvre a amené la révision du plan d'effectif et de la planification de la main-d'œuvre. Cette activité requiert la

participation des employeurs, des syndicats, des agences de la santé et des services sociaux et du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Les objectifs visés sont notamment :

- de disposer de données de main-d'œuvre valides et fiables en temps opportun ;
- d'assurer une meilleure protection du public et une meilleure qualité des services par la professionnalisation ;
- d'assurer la promotion du métier de technicien ambulancier paramédic et sa rétention dans le système préhospitalier.

Ces travaux seront complétés au cours de l'année financière 2009-2010.

Il faut également noter que tous les travaux visant la mise en place du registre des techniciens ambulanciers paramédics seront également terminés au cours de l'année 2009-2010.

Dans la poursuite des recommandations du comité Gauthier, la question de la formule pour évaluer la charge de travail et le besoin de ressources n'est pas encore achevée. Cette question requiert des données valides et fiables qui ne sont pas actuellement disponibles. Les travaux concernant le Système d'information de gestion des services préhospitaliers d'urgence (SIGSPU) sont la pierre angulaire pour la poursuite des travaux sur la formule.

Le SIGSPU a fait l'objet de développement et d'un échéancier de travail accélérés en vue de son implantation au cours de l'année financière 2009-2010. La Société de gestion informatique (SOGIQUE) est mandatée pour la réalisation de l'entrepôt de données, et ce dernier doit livrer pour septembre 2009. Les centres de communication santé (CCS), qui sont la source primordiale de la collecte des données de ce système, sont mis à contribution pour effectuer les aménagements requis afin de rendre le système opérationnel et efficient.

La formation de la population en premiers soins et en réanimation

Le Ministère a ciblé la population étudiante du secondaire pour un projet de formation en réanimation cardiorespiratoire (RCR). À cette fin, la Fondation des soins avancés en urgence coronarienne du Canada (ACT), le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport ainsi que le Ministère se sont associés pour mettre sur pied le Programme de RCR au secondaire dans les écoles secondaires du Québec. Selon les données fournies par la Fondation ACT, en février 2009, le programme de formation en RCR a été introduit dans 250 écoles secondaires au Québec. Déjà plus de 70 000 jeunes ont été formés.

Les centres de communication santé

Créés en vertu de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, les centres de communication santé (CCS) sont des organismes sans but lucratif qui ont pour mission d'assurer l'ensemble des fonctions opérationnelles liées au traitement des appels urgents en matière de santé, à la gestion et à la répartition des ressources, à la coordination des transports ambulanciers ainsi qu'à la production des données de gestion.

À ce jour, neuf CCS reconnus couvrent quatorze régions. Deux régions, soit Lanaudière et les Laurentides, sont encore desservies par des centrales privées opérées par des entreprises ambulancières. La Corporation des partenaires pour les communications santé des Laurentides et Lanaudière a toutefois été désignée par le ministre et a reçu ses lettres patentes ; l'organisme est en recherche de site en vue d'une mise en service du CCS, au cours de 2010. Quant aux deux régions nordiques, elles ont un mode d'opération qui leur est propre et n'auront pas de CCS. Les actions suivantes ont contribué à consolider davantage le réseau des CCS :

- accès à un protocole médicalisé de traitement des appels et au processus d'assurance qualité qui lui est inhérent ;

- accès de sept CCS à un plateau technologique permettant la localisation des ambulances par GPS, ce qui couvre 60 % de la flotte ambulancière et 75 % de la demande populationnelle au Québec.

Le Ministère a proposé des modifications législatives dans le cadre du projet de loi n° 24 pour clarifier et renforcer l'obligation des CCS à la reddition de comptes et à la transmission des données opérationnelles.

Le transport sanitaire aérien

L'acquisition des appareils requis à la réorganisation des services sanitaires aériens a nécessité l'élaboration d'un devis technique complexe prenant en compte les besoins spécifiques liés à l'aménagement médical et aux particularités techniques de ce type de service. Le devis a été complété et l'appel d'offres lancé à l'été 2009. Le résultat de la démarche doit être connu au cours de l'automne 2009. Selon les options qui seront retenues, la mise en opération des nouveaux appareils devrait être faite au cours de 2010 ou 2011. L'extension de l'opération des services de navettes au secteur privé devrait respecter les échéances de livraison des nouveaux appareils et de la mise en place du service d'avion-ambulance, lequel sera également responsable des services de transport aérien de la clientèle de néonatologie.

La reddition de comptes des entreprises ambulancières

Le présent contrat minimal de service liant les titulaires de permis aux agences se terminait le 31 mars 2009. Le Ministère a fait précédemment connaître aux entreprises son intention de changer son approche générale antérieure et d'instaurer les éléments répondant aux demandes formulées antérieurement par le Vérificateur général du Québec.

La gestion des projets immobiliers (Tome I, 2005-2006)

Dans le cadre de l'exercice 2008-2009, différentes actions en lien avec la gestion des projets immobiliers ont été réalisées par le ministère de la Santé et des Services sociaux, et ce, en lien avec les recommandations du Vérificateur général du Québec.

Le Ministère a publié un cadre de gestion sur les projets centralisés, lequel s'inscrit en continuité de la signature de l'Entente-cadre de gouvernance en matière de projets d'immobilisations conclue entre la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ) et le Ministère à la fin de l'exercice 2007-2008. Ce cadre de gestion, diffusé le 24 octobre 2008, établit clairement le processus de réalisation, le rôle et les responsabilités des différentes parties prenantes dans un projet immobilier (établissement, agence, CHQ, Ministère).

Le Ministère a également entrepris la mise à jour du cadre de référence sur la priorité des projets immobiliers. Ce dossier prendra la forme d'un manuel sur la planification des investissements dans le réseau sociosanitaire québécois. Sur cette base, un exercice de priorité sera entrepris en 2009-2010, lequel devra cheminer en lien avec la planification stratégique ministérielle 2010-2015 en cours d'élaboration.

Il importe de mentionner qu'à la fin de l'exercice 2008-2009, le Vérificateur général du Québec a informé le Ministère qu'il entreprenait un exercice de suivi des recommandations qu'il a émises en 2005-2006 en matière de gestion des projets immobiliers.

La gestion des immeubles dans le réseau de la santé et des services sociaux (Tome I, 2005-2006)

Comme lors des exercices précédents, le Ministère a consacré, en 2008-2009, beaucoup d'énergie au développement et à l'implantation du système Actifs+ Réseau, lequel est une

composante importante du plan d'action établi afin de donner suite aux recommandations du Vérificateur général du Québec.

Depuis 2008-2009, la phase 1 du système permet d'assurer la gestion des plans de conservation et de fonctionnalité immobilières (PCFI). De plus, un nouveau module dédié à la fonction décaissement a été implanté en décembre 2008, ce qui a par ailleurs augmenté l'efficience de l'outil de gestion des PCFI en générant, de façon simplifiée, les décaissements requis pour les projets.

Les travaux concernant la phase 2 du système ont également été réalisés, de sorte qu'en 2009-2010, les établissements pourront tenir à jour leurs données d'inventaire dans un outil convivial et normalisé leur permettant de documenter l'évolution et l'amélioration de leur parc immobilier.

De plus, devant le succès de l'outil de gestion des PCFI, on a décidé d'élaborer, dans une phase 3 du projet, l'outil de gestion des plans de conservation des équipements et du mobilier (PCEM), un équivalent du PCFI pour gérer l'équipement médical ainsi que l'équipement non médical et mobilier.

Grâce à cet outil, le réseau se donne les moyens de connaître l'état de ses actifs, par établissement ou par région. Ainsi, un indice de vétusté du parc immobilier pourra être établi, et l'évaluation (âge) du parc d'équipement médical de 100 000 $ et plus pourra être obtenue. À l'échelle nationale, ces indicateurs de gestion sont significatifs et ils permettront de jauger les retombées du rehaussement majeur des enveloppes de maintien d'actifs et d'appuyer les organismes centraux pour la reddition de comptes.

Les programmes d'aides techniques pour les personnes handicapées (Tome II, 2005-2006)

En 2008-2009, le Ministère a poursuivi ses travaux afin d'effectuer une évaluation de l'ensemble de ses programmes d'aides techniques et d'en apprécier la performance. Plus spécifiquement, les travaux de révision ont été exécutés au regard des aides motrices et des aides visuelles. Dans le cadre du processus de révision, la possibilité d'intégrer un certain nombre de programmes a été examinée. Lorsqu'ils auront été révisés, ces programmes devront faire l'objet du processus d'adoption réglementaire. En cours d'année, des indicateurs de performance ont été définis, et des mécanismes ont été établis afin d'assurer un meilleur suivi du programme des aides motrices. Des principes d'attribution équitables ont été établis en vue d'assurer la réponse aux besoins de la clientèle, et ce, dans un esprit de saine gestion des fonds publics. L'année 2008-2009 a également permis de compléter l'implantation d'un système informatique permettant une gestion provinciale des inventaires qui concernent les aides motrices. Les travaux permettant l'élaboration d'une requête de veille technologique à l'intention de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) au regard des aides techniques ont été complétés. De plus, les travaux de révision du site Internet à l'intention des personnes handicapées ont été amorcés.

Ventilothérapie à domicile

Les travaux concernant l'ouverture du centre satellite régional de la région de Laval ont été complétés durant l'automne 2008 et 34 usagers ont été transférés. La liste d'attente du fiduciaire national a été réduite en conséquence. Le Ministère a augmenté le financement du Programme national d'assistance ventilatoire à domicile en 2008-2009, pour permettre l'ajout de ressources humaines et réduire les délais d'attente des usagers de façon significative.

Le Ministère a mis en place un comité d'experts. Une réflexion est entamée sur les principaux enjeux pour déterminer des propositions d'amélioration en lien avec l'organisation des services de santé, la gestion technique des équipements et l'équité d'accès.

Dans le but d'améliorer l'accessibilité de la clientèle aux services de santé, les fiduciaires nationaux présenteront un portrait annuel plus précis de l'accès (selon les indicateurs de performance définis par le Ministère) ainsi que des propositions d'actions si nécessaire.

Oxygénothérapie à domicile

Le Ministère a mis en place un comité d'experts. Une réflexion est entamée sur les principaux enjeux pour déterminer des propositions d'amélioration en lien avec l'organisation des services de santé, la gestion technique des équipements et l'équité d'accès.

Dans le but d'améliorer l'accessibilité de la clientèle aux services de santé, les agences présenteront un portrait annuel plus précis de l'accès (selon les indicateurs de performance définis par le Ministère) ainsi que des propositions d'actions si nécessaire.

Dans le but d'optimiser l'investissement financier des services d'oxygénothérapie à domicile, le Ministère a révisé avec les agences la traçabilité des budgets dédiés. Les agences présenteront un portrait annuel plus précis du financement et des achats.

Le Ministère a entrepris des discussions avec l'AETMIS pour évaluer le potentiel de la prise en charge des patients souffrant de l'apnée du sommeil dans le Programme national d'oxygénothérapie à domicile et les critères d'admissibilité.

La gouvernance dans les agences et les établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (Tome I, 2007-2008)

En février 2009, le Ministère a transmis un plan d'action en suivi au rapport de vérification de l'optimisation des ressources portant sur la gouvernance dans les agences et les établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux.

En conformité avec le plan d'action, des travaux ont été entrepris en vue d'apporter, au cours des prochaines années, des ajustements administratifs et législatifs à la gouvernance au regard de différents aspects pour lesquels le Vérificateur général du Québec a émis des recommandations. L'exercice de planification stratégique du Ministère a conduit à la tenue d'un forum national et à de nombreuses consultations au cours de l'année 2008-2009, contribuant ainsi à soutenir la réflexion du Ministère sur, entre autres, la question de la gouvernance du réseau. Depuis février 2009, le Ministère a fait l'intégration de ces consultations et a amorcé les travaux afin de préciser les propositions ministérielles en matière de gouvernance. Ces propositions devraient porter sur le partage des rôles et des responsabilités, l'exercice de l'imputabilité, les responsabilités des gouvernants (directeurs généraux et conseils d'administration) de même que la composition et le mode de nomination des conseils d'administration. Des travaux ont également été poursuivis pour préciser la portée et le contenu des ententes de gestion et d'imputabilité.

Le Ministère a poursuivi cette année l'élaboration d'un cadre de référence en matière de performance qui inclura des définitions des dimensions de la performance, une proposition d'indicateurs et des modalités de production de l'information. Il a également entrepris une démarche d'élaboration d'indicateurs de gestion qui seront sélectionnés en raison de leur pertinence, de leur fiabilité, de leur viabilité et de leur clarté.

L'approvisionnement en équipements et fournitures de nature médicale (Tome III, 2007-2008)

L'un des chapitres du rapport du Vérificateur général du Québec pour l'année 2007-2008 abordait l'approvisionnement en équipements et fournitures de nature médicale. L'objectif de cette vérification était de s'assurer que les établissements géraient leurs acquisitions en équipements et fournitures de nature médicale avec un souci d'économie et d'efficience.

En octobre 2008, le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux a présenté à la Commission parlementaire de l'administration publique un plan d'action ministériel comportant une série de mesures concrètes visant à répondre aux objectifs de la vérification tout en proposant des mesures pour remédier aux lacunes observées au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

La mise en œuvre de ce plan d'action sous-tend une étroite collaboration entre le ministère de la Santé et des Services sociaux, les agences, les groupes d'approvisionnement en commun ainsi que les établissements. Dans les faits, le plan d'action cible quatre secteurs d'intervention déterminés par le Vérificateur général :

- le soutien aux établissements en matière d'approvisionnement ;
- le respect des lois et des règlements ;
- l'utilisation des technologies en matière d'approvisionnement ;
- le suivi de l'approvisionnement.

Par rapport au soutien aux établissements en matière d'approvisionnement et, notamment, à l'évaluation des fournitures et de la normalisation, l'année financière 2008-2009 a permis au Ministère d'entreprendre, par l'intermédiaire des agences, une démarche qui vise à dresser le bilan et à évaluer les actions de normalisation en cours dans le réseau. Pour ce faire, les agences, en collaboration avec les groupes d'approvisionnement en commun, définissent les processus en cours, les actions à mener ainsi que les comités de normalisation à mettre en place.

Sur le plan du respect des lois et des règlements, l'année financière 2008-2009 a vu l'arrivée d'un nouvel encadrement législatif et réglementaire qui découle de l'entrée en vigueur de la Loi sur les contrats des organismes publics et de ses règlements en matière d'approvisionnement, de services et de construction.

Toujours dans le but de faciliter le respect des lois et des règlements en matière d'approvisionnement, le Ministère poursuit l'élaboration de documents types d'appel d'offres qui serviront de documents de référence aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Enfin, à la suite de l'entrée en vigueur de la Loi et de ses règlements ainsi que des sessions de formation tenues dans les différentes régions, des sessions de type « mise à niveau » sont sur le point d'être offertes à l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

Au regard de l'utilisation des technologies spécifiques au domaine de l'approvisionnement, le Ministère a mis de l'avant, tout comme dans le cas de la normalisation des fournitures, une démarche visant à recenser les cas où les technologies spécifiques au domaine de l'approvisionnement sont utilisées. Dans ce contexte, les agences, les groupes d'approvisionnement en commun ainsi que les établissements seront mis à contribution afin de déterminer les technologies les plus prometteuses et les moyens de les optimiser dans le réseau.

Enfin, pour ce qui est du suivi de l'approvisionnement, le Ministère a posé des gestes concrets au cours de l'exercice financier 2008-2009. Il a adopté un cadre de gestion

concernant le maintien du parc d'équipement médical de son réseau ainsi qu'une politique de gestion contractuelle qui vise à encadrer les situations non visées par la Loi sur les contrats des organismes publics et ses règlements. Afin d'assurer le suivi des mesures de reddition de comptes prévues au cadre de gestion sur le maintien du parc d'équipement médical et à la politique de gestion contractuelle en matière d'approvisionnement, le Ministère, en collaboration avec les agences, mettra de l'avant des comités de suivi concernant tout le volet de l'approvisionnement dans le réseau. Ce même cadre de gestion exige des groupes d'approvisionnement en commun qu'ils produisent aux agences une reddition de comptes de leurs activités. Les travaux concernant cette activité seront menés au cours de l'exercice 2009-2010.

Comme dernière mesure de suivi, le Ministère compte adopter une politique en matière d'approvisionnement en commun qui précisera les orientations ministérielles et confirmera notamment aux agences le rôle qui leur revient en matière d'approvisionnement en commun sur leur territoire respectif.

Le Dossier de santé du Québec (Tome III, 2007-2008)

Le Bureau du Dossier de santé du Québec (DSQ) a fait en sorte que l'ensemble des partenaires du DSQ ait accès à une instance leur permettant de faire valoir leurs préoccupations. Depuis l'été 2008, l'Agence de Montréal, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et la Corporation d'hébergement du Québec font partie du Comité des partenaires et sont consultés sur les orientations et les actions à mener dans le cadre des travaux sur le DSQ.

Afin d'obtenir l'engagement des parties prenantes, des ententes ont été signées avec l'INSPQ et la RAMQ. Concernant l'Agence de Montréal, les travaux se poursuivent en 2009-2010 afin d'obtenir son engagement officiel pour le déploiement du DSQ.

La gestion des risques liés au respect de l'échéancier a fait l'objet d'une attention particulière. La gestion du risque permet de s'assurer que les liens interprojets sont synchronisés de façon optimale, dans un tout cohérent pour amener un déploiement harmonieux en région. Puisque plusieurs chantiers ont démarré avant la mise en place de la gouverne actuelle, il existe un défi d'arrimage de ces derniers au regard de l'intégration et du déploiement. La mise en place de la valeur acquise des projets, l'achèvement d'un plan maître intégré ainsi que la production d'indicateurs de gestion et de tableaux de bord concernant plusieurs volets du projet font partie des actions entreprises pour relever ce défi.

Au chapitre de la gestion de la main-d'œuvre associée au DSQ, le Ministère s'est donné un plan de main-d'œuvre, particulièrement pour les postes clés et ceux nécessitant un transfert des connaissances. Un plan de pérennité du savoir des ressources clés a été élaboré. Ce plan permet de définir une stratégie globale ainsi que les orientations et les actions spécifiques qui s'adressent aux ressources clés en matière de transfert de connaissances.

En vue d'assurer une gestion optimale des contrats à l'égard du DSQ, le tableau de bord des contrats a été amélioré et permet de disposer d'une vue d'ensemble plus complète. Le Ministère poursuit les travaux en 2009-2010 afin de se donner un tableau de bord encore plus précis. D'autre part, des orientations juridiques claires ont été définies concernant les règles d'acquisition pour les processus d'appel d'offres.

Concernant le volet financier, l'ensemble des coûts d'investissement et des coûts récurrents a été évalué et estimé. Les sources de financement à l'égard de ces coûts ont également été précisées. Les travaux se poursuivent en 2009-2010 afin de raffiner l'ensemble de ces aspects.

Annexe I La liste des lois dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, du ministre de la Santé et des Services sociaux

Loi sur l'assurance-hospitalisation (*L.R.Q., c. A-28*)

Loi sur l'assurance maladie (*L.R.Q., c. A-29*)

Loi sur l'assurance médicaments (*L.R.Q., c. A-29.01*)

Loi sur les autochtones cris, inuit et naskapis (*L.R.Q., c. A-33.1*)

Loi sur les cimetières non catholiques (*L.R.Q., c. C-17*)

Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (*L.R.Q., c. C-32.1.1*)

Loi sur la Corporation d'hébergement du Québec (*L.R.Q., c. C-68.1*)

Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (*L.R.Q., c. E-12.0001*)

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (*L.R.Q., c. E-20.1*)

Loi instituant le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie (*L.R.Q., c. F-4.0021*)

Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance (*L.R.Q., c. H-1.1*)

Loi sur les inhumations et les exhumations (*L.R.Q., c. I-11*)

Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (*L.R.Q., c. I-13.1.1*)

Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons et la disposition des cadavres (*L.R.Q., c. L-0.2*)

Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux (*L.R.Q., c. M-1.1*)

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (*L.R.Q., c. M-19.2*)

Loi assurant la mise en œuvre de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (*L.R.Q., c. M-35.1.3*)

Loi sur la protection de la jeunesse (*L.R.Q., c. P-34.1*)

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (*L.R.Q., c. P-38.001*)

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (*L.R.Q., c. R-5*)

Loi sur la santé publique (*L.R.Q., c. S-2.2*)

Loi sur les services de santé et les services sociaux (*L.R.Q., c. S-4.2*)

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (*L.R.Q., c. S-5*)

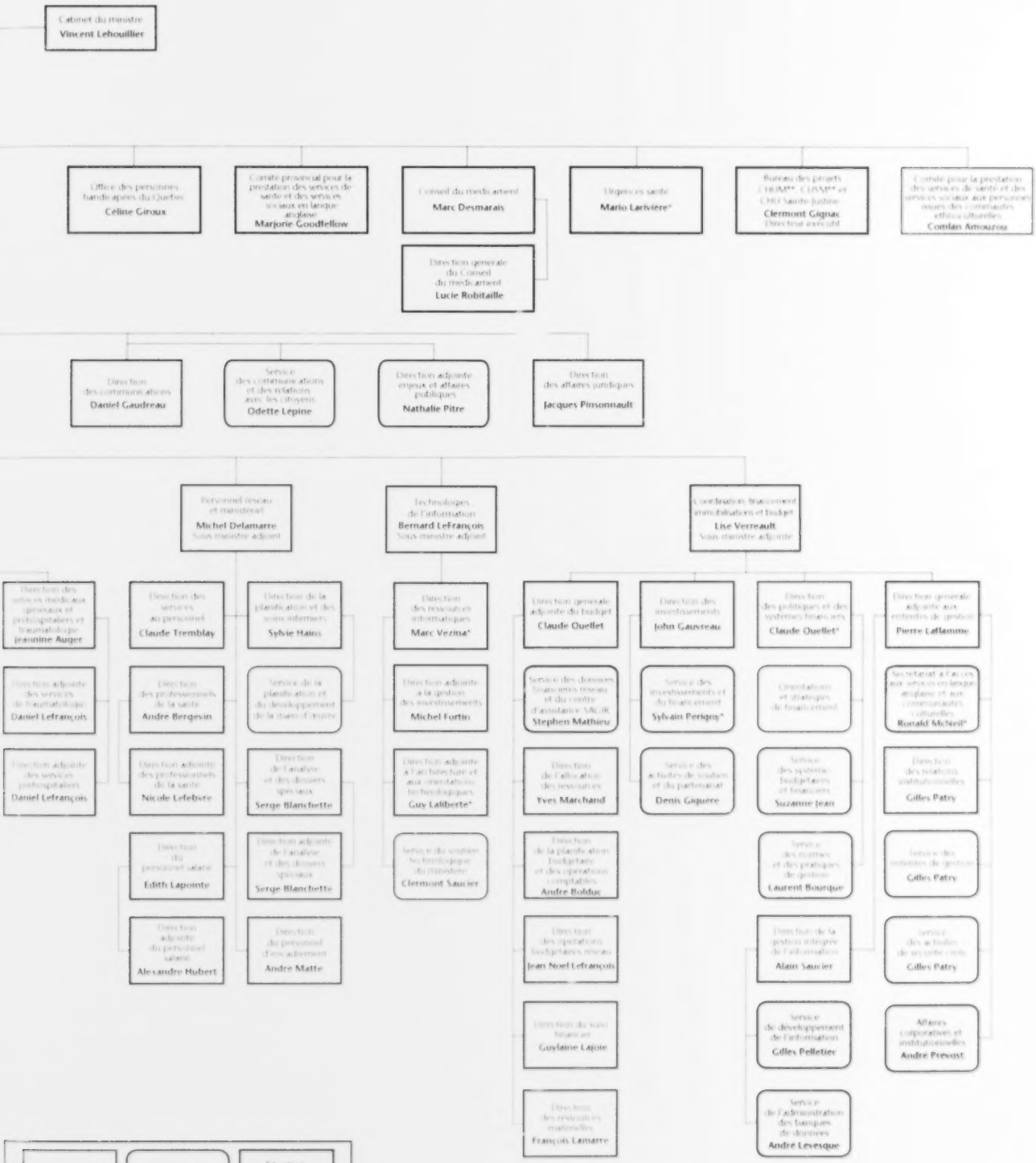
Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (*L.R.Q., c. S-6.2*)

Loi sur le tabac (*L.R.Q., c. T-0.01*)

Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (*L.R.Q., c. U-0.1*)

Annexe II

L'organigramme du ministère de la Santé et des Services sociaux



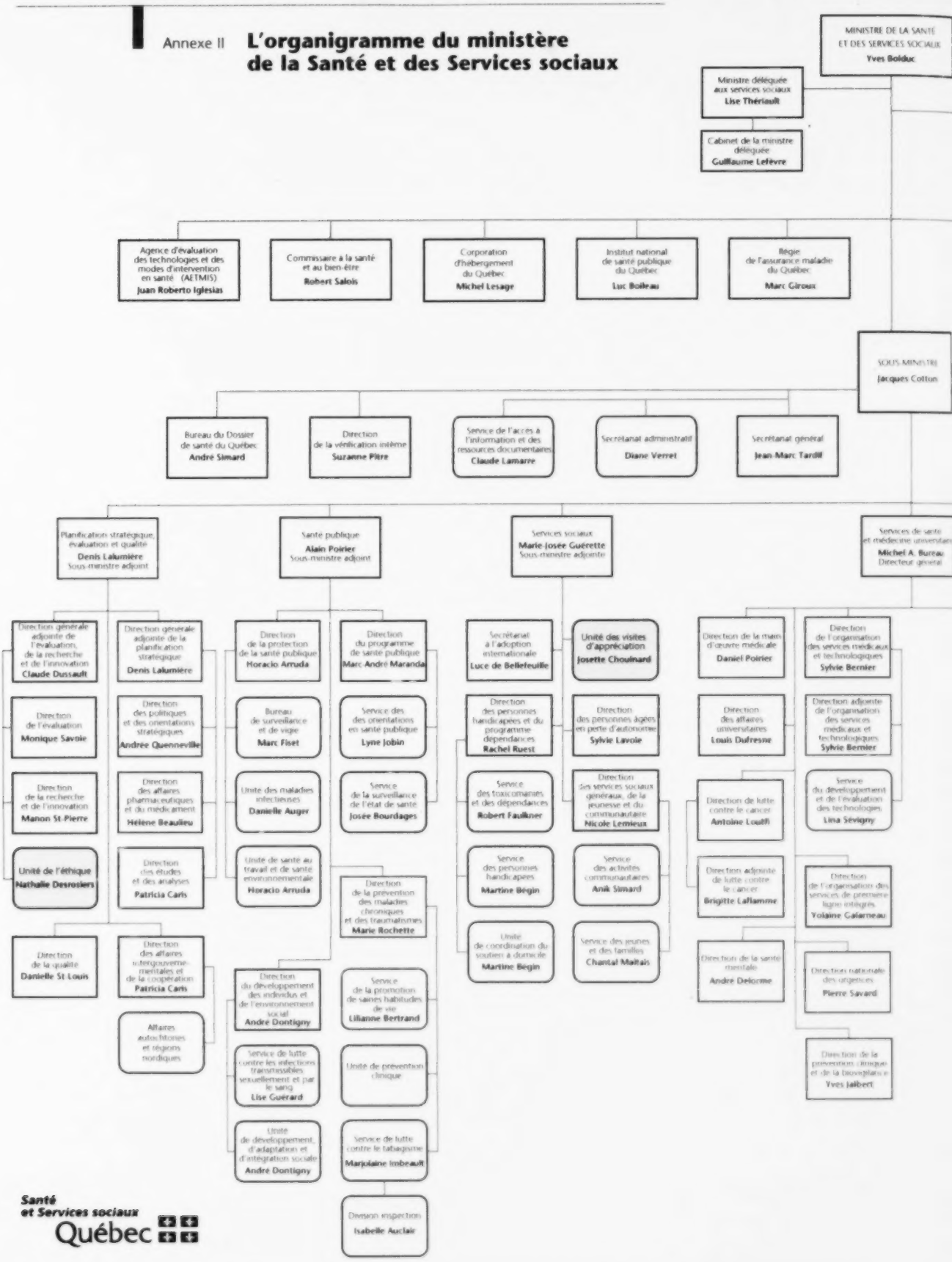
Organigramme au 31 mars 2009

* par intérim

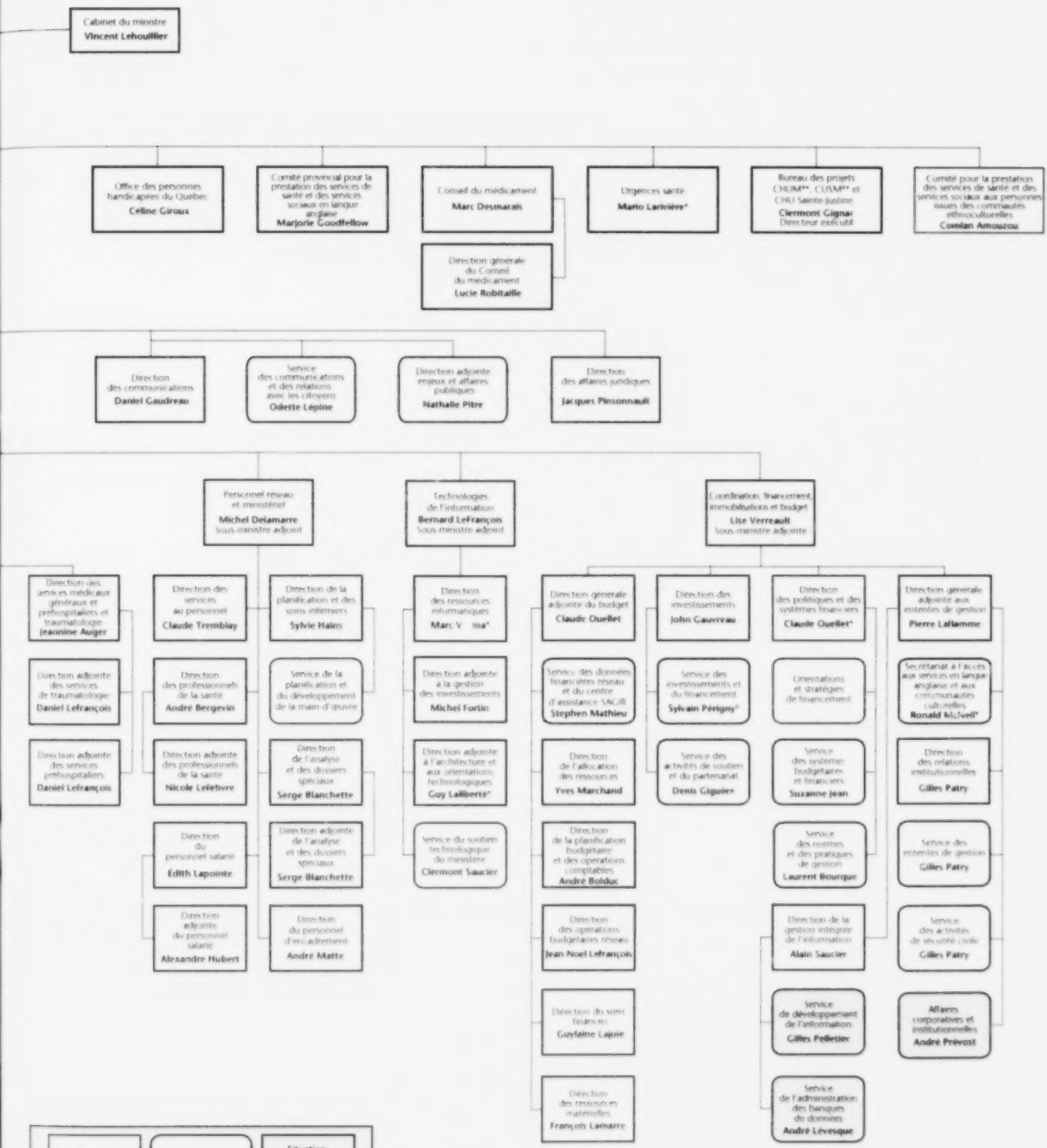
** Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Annexe II

L'organigramme du ministère de la Santé et des Services sociaux



Santé et Services sociaux Québec



Organigramme au 31 mars 2009

* par intérim

** Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Annexe III Les organismes placés sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

Président-directeur général : Dr Juan Roberto Iglesias

2021, avenue Union, bureau 10.083
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2563
Site Internet : www.aetmis.gouv.qc.ca

L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé a pour mission de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux de même que d'appuyer, au moyen de l'évaluation, les décideurs du milieu québécois de la santé. Les évaluations de l'Agence portent sur l'introduction, l'acquisition et l'utilisation de technologies de la santé ainsi que sur les modalités de prestation et d'organisation des services. La promotion de l'évaluation, le transfert des connaissances, la formation ainsi que le rayonnement de l'expertise québécoise sont également au cœur de sa mission.

Bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal – Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Centre universitaire de santé McGill, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Directeur exécutif : M. Clermont Gignac

2021, avenue Union, bureau 10.049
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-9289
Site Internet : www.construction3chu.msss.gouv.qc.ca

Cet organisme a pour mission d'assurer le respect des balises réglementaires, de programmes, de budget et de temps fixées par le gouvernement pour la réalisation des projets de modernisation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine).

Cet organisme exerce un leadership d'expertise en gestion de projet pour les parties prenantes des projets. Ses priorités sont d'assurer une gouvernance rigoureuse et transparente ainsi que de réduire les risques inhérents aux grands projets complexes. Son rôle consiste aussi à ce que l'on prenne les moyens pour maximiser les retombées économiques et pour optimiser le cycle de vie des équipements et des actifs immobiliers, et ce, dans une perspective de développement durable.

Une structure de gouvernance

Le Bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires (CHU) de Montréal (Bureau du directeur exécutif) a établi une structure de gouvernance, en collaboration avec les CHU de Montréal, maîtres d'œuvre de leurs projets respectifs. C'est cette structure qui permet d'appliquer une méthode rigoureuse de gestion de projet.

Le cadre de gouvernance précise clairement les rôles, les responsabilités et les sphères d'imputabilité des parties prenantes. Les assises sont :

- le Comité ministériel de suivi des projets de modernisation, composé de cinq membres qui veillent aux intérêts du gouvernement du Québec ;
- le directeur exécutif et son équipe de gestion de projet, qui veillent au respect des grands paramètres encadrant les projets ;
- les modalités de réalisation particulières pour le choix des fournisseurs de biens et services ;
- les ententes-cadres de gouvernance entre le directeur exécutif et les directeurs généraux de chacun des CHU ainsi que l'Agence des partenariats public-privé du Québec (APPPQ).

Des suivis réguliers des projets sont effectués, entre autres par des rencontres statutaires mises sur pied à plusieurs niveaux par le Bureau du directeur exécutif. De nombreux outils de contrôle ont également été créés afin que la portée des projets, les coûts et les échéanciers soient arrimés aux budgets autorisés.

La modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal

En 2008-2009, le lancement des appels de propositions pour le Centre de recherche du CHUM (CRCHUM), le CHUM et le campus Glen du CUSM a sans doute constitué l'étape la plus marquante du processus de modernisation des CHU de Montréal. La réalisation d'estimations crédibles pour chacun des projets, l'obtention des autorisations et la préparation des documents contractuels avec l'APPPQ ont mobilisé une grande partie de l'énergie du Bureau du directeur exécutif.

C'est donc dire que les trois projets pour lesquels la voie du partenariat public-privé a été retenue sont engagés dans la dernière étape avant le choix d'une proposition et d'un consortium d'entreprises qui devra par la suite exécuter les travaux.

Au cours des deux dernières années, les plans cliniques, les programmes fonctionnels et techniques ainsi que les budgets de l'an 1 de ces projets ont été complétés et acceptés, ce qui répond aux trois conditions qui avaient été fixées par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour qu'il donne son aval à la poursuite des projets. Les consortiums qui s'étaient montrés intéressés ont franchi l'étape de la qualification et ils s'affairent actuellement à préparer les propositions techniques et financières qui permettront de faire un choix.

La signature des ententes finales avec les consortiums choisis est prévue à l'automne 2009 pour le CRCHUM, à l'hiver 2010 pour le CUSM et à l'été 2010 pour le CHUM.

Les deux autres projets

Par ailleurs, les deux autres projets qui complètent le programme de modernisation, soit le campus de la Montagne du CUSM et le CHU Sainte-Justine ont aussi progressé en 2008-2009.

Au CHU Sainte-Justine, la version définitive du plan clinique a été acceptée en septembre 2008. Le programme fonctionnel et technique a été complété. De plus, après avoir obtenu les autorisations nécessaires en 2008-2009, un appel d'offres pour la construction du projet de soins intensifs en néonatologie a été lancé. Les travaux, de l'ordre de 18 millions de dollars, ont commencé à l'automne 2008, pour une réception provisoire à l'automne 2009.

Pour ce qui est du campus de la Montagne du CUSM, le travail de planification se terminera prochainement selon les échéanciers prévus.

Les opérations

Beaucoup d'énergie a aussi été consacrée à la détermination et à la quantification des risques, des opportunités et des changements pour chacun des projets, ce qui constitue un des éléments centraux d'un processus de gestion de projet rigoureux. Pour chacun des projets, les équipes de professionnels ont déterminé plus d'une centaine de risques et autant d'opportunités. Bon nombre de ces risques ont pu être atténués par des modifications apportées à certains éléments de la planification. Des provisions ont été établies pour les risques qui n'ont pu être atténués.

Il va sans dire que cette étape cruciale du processus de gestion des projets pourra avoir des répercussions positives très importantes au cours des prochaines années. La détermination des risques étant plus précise, meilleures sont les chances d'éviter les mauvaises surprises au cours de l'exécution des travaux. Pour accomplir cette partie du travail, le Bureau du directeur exécutif a demandé que l'on organise des ateliers de détermination et d'évaluation des risques avec les équipes techniques de tous les projets.

En 2008-2009, des procédures ont également été mises en place pour approuver et minimiser les changements.

Toujours sur le plan opérationnel, le Bureau du directeur exécutif affine ses processus et son approche au rythme de l'avancement des projets. Ainsi, au cours de la dernière année, un professionnel a été ajouté en tant qu'administrateur délégué pour assurer le suivi et le contrôle de tout ce qui touche à l'approvisionnement technologique des trois projets de modernisation. Des budgets d'environ 750 millions de dollars sont prévus pour l'achat d'équipements et de technologies de l'information au cours des prochaines années.

Une autre partie du mandat du Bureau du directeur exécutif consiste à accompagner les CHU dans leurs efforts pour réviser leurs processus opérationnels, en vue de contribuer à augmenter l'efficience opérationnelle dans les projets modernisés. Les méthodes d'analyse opérationnelle Lean et Six Sigma ont ainsi été présentées lors de rencontres avec les CHU.

Comité central d'éthique de la recherche

Président : Dr Serge D. Gauthier

500, rue Sherbrooke Ouest, bureau 800
Montréal (Québec) H3A 3C6
Téléphone : 514 873-2114
Site Internet : www.ethique.msss.gouv.qc.ca/site/ccer.phtml

En vertu de l'article 21 du Code civil du Québec, les projets de recherche impliquant des personnes mineures ou majeures qui sont inaptes ou dont l'inaptitude est subite doivent nécessairement être approuvés et suivis par un comité d'éthique de la recherche institué ou désigné par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Lorsqu'un chercheur n'a pas accès à un tel comité, il peut s'adresser au Comité central d'éthique de la recherche. Ce comité, qui

relève de la compétence du ministre, a le mandat de s'assurer du respect de la dignité des sujets de recherche.

Depuis le 1er janvier 2008, le mandat du Comité s'est élargi à toutes les catégories de sujets de recherche. Ainsi, un chercheur qui ne disposerait pas d'un comité d'éthique de la recherche peut maintenant soumettre son projet au Comité central, même s'il n'implique que des personnes majeures aptes. De plus, le ministre a confié au Comité central le mandat d'agir comme instance d'appel d'une décision rendue par un comité d'éthique de la recherche principal, à l'intérieur du mécanisme encadrant l'examen éthique et le suivi continu des projets multicentriques.

Comité d'éthique de santé publique

Président : M. André Lacroix

201, boulevard Crémazie Est, bureau RC-03
Montréal (Québec) H2M 1L2
Courriel : cesp@msss.gouv.qc.ca

Le Comité d'éthique de santé publique est institué par la Loi sur la santé publique. Il joue un rôle-conseil, et son mandat comporte deux grands volets :

- répondre aux demandes qui sont adressées par le ministre au regard de toute question éthique qui peut être soulevée par l'application de la Loi sur la santé publique ;
- examiner systématiquement des projets de plan de surveillance ou d'enquête sociosanitaire qui lui sont soumis par le ministre ou les directeurs de santé publique.

Conformément aux attentes exprimées par le ministre, les demandes du directeur national de santé publique sont considérées au même titre que celles du ministre. Le rattachement du Comité au Ministère est d'ordre administratif. Malgré ce rattachement, le Comité jouit d'une totale indépendance morale.

Comité d'hémovigilance

Président : M. Daniel Tremblay

1075, chemin Sainte-Foy, 12e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Site Internet : www.msss.gouv.qc.ca/hemovigilance

Le Comité d'hémovigilance a été créé en vertu de la Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance. Il a pour fonction, dès qu'il l'estime nécessaire, et au moins annuellement, de donner son avis au ministre sur l'état des risques liés à l'utilisation du sang, des produits et des constituants sanguins tout comme sur l'utilisation des produits de remplacement. Le Comité doit également examiner toute question relative au système d'approvisionnement en sang qui lui est soumise par le ministre et lui donner son avis dans les délais indiqués. Le ministre a confié au Comité des attributions semblables au regard de la moelle osseuse et de tout autre tissu humain, tel que le prévoyait la Loi.

Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles

Président : M. Comlan Amouzou

2021, avenue Union, bureau 840
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2292

Rapport d'activité 2008-2009 (résumé)

Le mandat et la composition du Comité

Le mandat du Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles est fondé sur l'article 433.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, qui se lit comme suit :

> Le ministre peut constituer un comité chargé de lui donner des avis sur la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles.
>
> Il en détermine la composition ainsi que les règles de fonctionnement.

Bien que le mandat des membres venait à échéance au cours de l'année, ces derniers sont demeurés en fonction jusqu'au renouvellement de leur mandat ou de la nomination d'un remplaçant. Les membres du Comité ont été nommés par le ministre, monsieur Yves Bolduc, le 17 décembre 2008. Monsieur Comlan Amouzou a continué d'agir comme président du Comité, et madame Mercedes Orelanna a été réélue vice-présidente.

Les activités du Comité

Durant l'année 2008-2009, les membres du Comité ont tenu cinq séances, au cours desquelles ils ont traité plusieurs dossiers. L'année a été marquée par la volonté des membres du Comité de consulter des partenaires dans le but de formuler des recommandations au ministre et d'établir un plan de travail pour les prochaines années. À ce chapitre, le Comité a élaboré un projet de consultation intitulé *Québec pluriethnique en santé – Forum sur l'accessibilité et la qualité des services de santé et des services sociaux pour les personnes immigrantes, réfugiées et celles issues de communautés ethnoculturelles*. Les membres du Comité poursuivent leurs réflexions sur cette consultation afin d'en optimiser l'efficience et d'y assurer la contribution de l'ensemble des régions du Québec.

Au cours de l'année, les membres du Comité ont formulé des avis sur les sujets suivants :

- l'étude sur les banques d'interprètes produite par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec ;
- la prise en compte des dimensions culturelles et linguistiques de la prestation des services dans le cadre de l'évaluation de la qualité ;
- les enjeux, les hypothèses d'orientations et les objectifs en lien avec le plan stratégique ministériel 2010-2015.

De plus, les membres du Comité ont entrepris des démarches afin d'analyser en détail l'impact des avis qu'ils ont présentés aux différentes instances du gouvernement du Québec, depuis sa création en juin 2004. Un tableau récapitulatif illustrant la suite donnée aux principales recommandations a été réalisé pour chaque avis.

À la suite des travaux qui ont été réalisés par le Comité jusqu'à ce jour, ses membres demeurent convaincus de la pertinence de continuer à travailler sur l'adaptation des modes de prestation de services et d'assurer des soins de qualité à la population québécoise dans toute sa diversité.

Le Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles

Au cours de l'année 2008-2009, le Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles a poursuivi ses fonctions de coordination à l'égard de l'accessibilité aux services et de soutien au Comité provincial. Il a également maintenu sa participation à la Table interministérielle pour l'accueil et l'intégration des réfugiés ainsi qu'à la Table interministérielle pour l'élaboration du plan d'action gouvernemental contre le racisme et la discrimination.

Les fonctions du Secrétariat, dites ministérielles, ont été intégrées à celles de la Direction générale adjointe aux ententes de gestion dans le cadre d'une réorganisation en septembre 2008.

Conclusion

L'adoption par le gouvernement du Québec d'une politique en matière de diversité culturelle, intitulée *La diversité : une valeur ajoutée – Politique gouvernementale pour favoriser la participation de tous à l'essor du Québec*, et de son plan d'action, *La diversité : une valeur ajoutée – Plan d'action gouvernemental pour favoriser la participation de tous à l'essor du Québec 2008-2013*[4], a marqué un tournant pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles. L'adaptation et la personnalisation des soins et des services, dans le respect des usagers et des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, restent des défis sur lesquels les membres du Comité désirent se concentrer. Le Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles entend participer activement à la mise en œuvre du plan d'action gouvernemental.

Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

Présidente : M^me^ Marjorie Goodfellow

2021, avenue Union, bureau 840
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2292

Rapport d'activité 2008-2009 (résumé)

Le mandat et la composition du Comité

Le rôle et les fonctions du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise sont fondés sur l'article 509 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux :

> Le gouvernement prévoit, par règlement, la formation d'un comité provincial chargé de donner son avis au gouvernement sur :
>
> 1° la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise ;

4. Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 2008.

2° l'approbation, l'évaluation et la modification par le gouvernement de chaque programme d'accès élaboré par une agence de la santé et des services sociaux conformément à l'article 348.

Les membres actuels du Comité ont été nommés par l'ancien ministre, monsieur Philippe Couillard, le 12 septembre 2007. Selon les règles de fonctionnement du Comité, les mandats des membres sont pour une période de trois ans renouvelables une seule fois. Madame Marjorie Goodfellow a été réélue présidente du Comité, et monsieur Michael Udy a été réélu vice-président.

Les activités du Comité

Du 1er avril 2008 au 31 mars 2009, les membres du Comité se sont rencontrés à sept reprises. Ils ont procédé à l'analyse des avis formulés par le Comité depuis 2004 dans le but d'évaluer l'impact de ces derniers sur les décisions qui ont été prises par les différentes instances du Ministère ainsi que par le gouvernement du Québec. Le Comité s'est donné un plan de travail triennal qui indique les actions prioritaires pour 2008-2011.

Au mois d'août 2008, les membres du Comité ont terminé l'étude du programme d'accès aux services offerts en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise proposé par l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Ce programme a été le dernier des 16 programmes à être approuvé par le gouvernement. Sur recommandation du Comité provincial, le programme d'accès pour la région du Bas-Saint-Laurent a été approuvé par le décret numéro 11-2009 du 7 janvier 2009.

Le Comité a effectué un suivi assidu des recommandations adressées antérieurement au ministre concernant le renouvellement d'une entente avec le gouvernement fédéral, afin que ce dernier puisse poursuivre son appui financier aux initiatives du Québec dans le but d'améliorer la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise. Le Comité a reçu favorablement l'appui du ministre à ce chapitre, celui-ci ayant la volonté de voir un rôle accru pour le Comité dans la mise en œuvre d'une nouvelle entente.

Au cours de l'année, le Comité a adressé des avis sur les sujets suivants :

- les hypothèses d'orientations et les objectifs en lien avec le plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2010-2015 ;
- la prise en compte des dimensions culturelles et linguistiques de la prestation des services dans le cadre de l'évaluation de la qualité ;
- l'accès aux services en langue anglaise et l'établissement de corridors d'accès en lien avec le découpage des territoires des réseaux intégrés de santé ;
- la révision de la politique linguistique du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles

Les fonctions de soutien aux activités du Comité provincial ainsi qu'à la coordination et au suivi de l'implantation des programmes d'accès aux services en langue anglaise se sont poursuivies cette année.

Conclusion

L'implantation des programmes d'accès aux services en langue anglaise et la définition des projets cliniques par les instances locales insufflent un nouveau dynamisme à ces programmes et permettent d'assurer une meilleure prise en compte des besoins des personnes d'expression anglaise, dans les différents programmes-clientèles du Ministère. Dans ce contexte, le soutien financier du gouvernement fédéral aux initiatives du Québec par la politique de soutien aux langues officielles en situation minoritaire facilitera l'atteinte des objectifs mis de l'avant dans la planification stratégique ministérielle pour 2005-2010.

Commissaire à la santé et au bien-être

Commissaire : M. Robert Salois

1020, route de l'Église, bureau 700
Québec (Québec) G1V 3V9
Téléphone : 418 643-3040
Site Internet : www.csbe.gouv.qc.ca

Le Commissaire à la santé et au bien-être a pour mission d'apporter un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision gouvernementale dans le but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des Québécoises et des Québécois.

Le Commissaire à la santé et au bien-être a la responsabilité d'apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux. Il évalue l'ensemble des éléments du système de santé en se penchant, notamment, sur la qualité, l'accessibilité, la continuité et le financement des services. Il s'intéresse aux différents facteurs qui ont une influence sur la santé et le bien-être, aux questions qui portent sur les médicaments et les technologies ainsi qu'aux aspects éthiques des enjeux qui émergent dans le domaine de la santé et du bien-être.

Le Commissaire a également pour fonction de consulter les acteurs et les experts du système de santé et de services sociaux. Il doit informer le ministre, l'Assemblée nationale et la population afin de favoriser une meilleure compréhension des grands enjeux en matière de santé et de bien-être. Enfin, le Commissaire recommande au ministre des changements qui visent, entre autres, à accroître la performance globale du système.

Conseil du médicament

Président : M. Marc Desmarais

1195, avenue Lavigerie, bureau 100
Québec (Québec) G1V 4N3
Téléphone : 418 644-8103
Site Internet : www.cdm.gouv.qc.ca

Le Conseil du médicament s'est donné pour mission de contribuer avec compétence et impartialité à un accès raisonnable et équitable aux médicaments ainsi qu'à leur usage optimal pour le bien de la population québécoise.

Le Conseil a pour fonction d'assister le ministre de la Santé et des Services sociaux dans la mise à jour de la *Liste de médicaments assurés par le Régime général d'assurance médicaments* et de la *Liste de médicaments des établissements de santé*. Il doit travailler à favoriser l'utilisation optimale des médicaments au Québec. Enfin, le Conseil doit formuler des recommandations au regard de l'établissement et de l'évolution des prix ou sur toute autre question soumise par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Corporation d'hébergement du Québec

Président-directeur général : M. Michel L. Lesage

2535, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
Téléphone : 418 644-3600
Site Internet : www.chq.gouv.qc.ca

La Corporation d'hébergement du Québec a pour mission d'offrir aux intervenants du secteur de la santé et des services sociaux l'expertise technique, financière et immobilière ainsi que le financement nécessaire à la gestion, à la construction, à l'entretien et à l'acquisition d'immobilisations, d'équipements et d'infrastructures requis dans ce secteur d'activité.

Héma-Québec

Présidente et chef de la direction : Dre Francine Décary

4045, boulevard de la Côte-Vertu
Montréal (Québec) H4R 2W7
Téléphone : 514 832-5000 ou 1 888 666-4362
Site Internet : www.hema-quebec.qc.ca

Héma-Québec a pour mission de fournir avec efficience des composants et substituts sanguins, des tissus humains et du sang de cordon sécuritaires, de qualité optimale et en quantité suffisante pour répondre aux besoins de la population québécoise ainsi que d'offrir une expertise, des services et des produits spécialisés et novateurs dans les domaines de la médecine transfusionnelle et de la greffe de tissus humains.

Institut national de santé publique du Québec

Président-directeur général : Dr Luc Boileau

945, avenue Wolfe
Québec (Québec) G1V 5B3
Téléphone : 418 650-5115
Site Internet : www.inspq.qc.ca

L'Institut national de santé publique du Québec vise à être le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Son objectif est de faire progresser les connaissances et de proposer des stratégies et des actions intersectorielles susceptibles d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population.

L'Institut soutient le ministre de la Santé et des Services sociaux, les autorités régionales de santé publique et les établissements dans l'exercice de leurs responsabilités en leur offrant son expertise et ses services spécialisés de laboratoire et de dépistage.

Il est également appelé à desservir d'autres acteurs, tels que les autres ministères et organismes gouvernementaux, les milieux de l'enseignement et de la recherche, les organismes canadiens et internationaux en santé publique, les milieux autochtones, le secteur privé et le grand public.

Office des personnes handicapées du Québec

Directrice générale : M^me^ Céline Giroux

309, rue Brock
Drummondville (Québec) J2B 1C5
Téléphone : 1 800 567-1465
Téléscripteur : 1 800 567-1477
Site Internet : www.ophq.gouv.qc.ca

L'Office des personnes handicapées du Québec a pour mission de veiller au respect des principes et des règles énoncés dans la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. L'Office doit également s'assurer, dans la mesure des pouvoirs qui lui sont conférés, que les ministères et leurs réseaux, les municipalités ainsi que les organismes publics et privés poursuivent leurs efforts afin d'améliorer les possibilités offertes aux personnes handicapées de s'intégrer et de participer pleinement à la vie en société.

L'Office veille également à la coordination des actions relatives à l'élaboration et à la prestation des services qui concernent les personnes handicapées et leur famille. Il favorise et évalue, sur une base collective, l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées. En plus de promouvoir leurs intérêts et ceux de leur famille, l'Office les informe, les conseille, les assiste et fait des représentations en leur faveur, sur une base tant individuelle que collective.

Régie de l'assurance maladie du Québec

Président-directeur général : M. Marc Giroux

1125, Grande Allée Ouest
Québec (Québec) G1S 1E7
Téléphone : 1 800 561-9749
Site Internet : www.ramq.gouv.qc.ca

La Régie de l'assurance maladie du Québec a pour mission d'administrer les régimes publics d'assurance maladie et d'assurance médicaments ainsi qu'un ensemble de programmes complémentaires. À cet effet, elle informe la population sur les services offerts, gère l'admissibilité aux régimes ou aux programmes qu'elle administre et rémunère les professionnels de la santé pour les soins et services rendus aux personnes assurées. De plus, elle fait en sorte que l'expertise et l'information qu'elle possède soient mises au service du ministre ainsi que des chercheurs et acteurs du réseau de la santé et des services sociaux.

Urgences-santé

Président-directeur général : M. Mario Larivière (par intérim)

3232, rue Bélanger
Montréal (Québec) H1Y 3H5
Téléphone : 514 723-5600
Site Internet : www.urgences-sante.qc.ca

La Corporation d'urgences-santé (Urgences-santé), organisation publique de services préhospitaliers, exerce sur les territoires de Montréal et de Laval les fonctions dévolues à une agence de la santé et des services sociaux par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence. Dans ce cadre, sa mission consiste à :

- diriger, sur le territoire, la planification, l'organisation, la coordination et l'évaluation des services ;
- offrir des services comprenant les soins préhospitaliers d'urgence, le transport par ambulance ainsi que le transport entre les établissements de santé ;
- maintenir un centre de communication santé s'appuyant sur une technologie fiable et éprouvée ainsi que sur un système médical informatisé de triage des appels ;
- assurer en tout temps à l'ensemble de la population du territoire visé une intervention appropriée, efficace et de qualité ;
- initier et participer à des projets liés à la promotion, à la prévention et à la recherche en matière de soins et de services préhospitaliers d'urgence.

Annexe IV **L'évolution des résultats au regard des objectifs du Plan stratégique 2005-2010**

ENJEU

1. Le développement d'actions efficaces en amont des problèmes

Orientation : **Améliorer la santé et le bien-être de la population par une action efficace en promotion, en prévention et en protection**

Objectifs	Indicateurs	Résultats			
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Implanter l'approche École en santé dans les écoles, et ce, en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté	Nombre d'écoles où est implantée l'approche École en santé	238 écoles sur 2 530, soit 9,4 %	435 écoles sur 2 728, soit 16 %	689 écoles sur 2 810, soit 25 %	1 025 écoles sur 2 944, soit 35 %
Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du virus de l'hépatite C et des infections transmissibles sexuellement et par le sang par les SIDEP (CSSS mission CLSC)	Nombre d'activités de dépistage des ITSS réalisées	ND	16 304	19 113	16 928
	Nombre d'interventions de vaccination réalisées	ND	8 403	9 774	9 648

2. L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables

Orientation : **Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne et réduire l'encombrement des urgences**

Objectifs	Indicateurs	Résultats			
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Assurer à la population l'accès à un médecin de famille, notamment par la mise en place de **300 groupes de médecine de famille** (GMF)	Nombre total de GMF implantés	108	125	157	193
	Pourcentage de la population inscrite en GMF au 31 mars	11 %	14 %	18 %	25 %
	Nombre total de cliniques-réseau implantées	12	23	29	35
Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :					
• Séjour moyen sur civière de **12 heures ou moins**	Séjour moyen sur civière	15,4 heures	16,3 heures	16,5 heures	17,1 heures
• 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur une civière	Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur une civière	4,9 %	6,0 %	6,1 %	6,4 %

Orientation : **Améliorer l'accès aux services de chirurgie et de cardiologie tertiaire en vue de réduire les listes d'attente**

Objectifs	Indicateurs	Résultats			
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une :	Nombre de chirurgies effectuées				
• Chirurgie de la cataracte		70 175	73 482	79 802	ND
• Arthroplastie de la hanche		4 474	4 421	4 859	ND
• Arthroplastie du genou		5 863	6 171	6 463	ND
• Chirurgie avec hospitalisation		158 410	158 140	158 442	ND
• Chirurgie d'un jour		190 446	190 165	191 372	ND
Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en cardiologie tertiaire en :	Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis :				
• Hémodynamie	Catégorie A	88,0 %	92,1 %	91,9 %	95,1 %
	Catégorie B	90,1 %	94,6 %	90,4 %	96,4 %
• Chirurgie cardiaque	Catégorie A	87,5 %	90,2 %	86,1 %	92,4 %
	Catégorie B	72,6 %	80,9 %	67,5 %	80,8 %
• Électrophysiologie	Catégorie A	61,6 %	69,2 %	73,2 %	75,9 %
	Catégorie B	41,7 %	41,0 %	49,5 %	50,7 %

Orientation : **Offrir un continuum de services pour la lutte contre le cancer**

Objectifs	Indicateurs	Résultats			
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein	Taux de participation au programme	49,4 %	51,1 %	53,1 %	54,8 %
Assurer la disponibilité des équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales de lutte contre le cancer	Nombre d'équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales visitées et évaluées	28 locales 5 régionales	35 locales 3 régionales 5 suprarég.	70 locales 10 régionales 64 suprarég.	70 locales 10 régionales 75 suprarég.
Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de 4 semaines	Proportion des patients traités à l'intérieur d'un délai de 4 semaines	-	96 % (moyenne des 4 semaines de la période 13)	95 % (moyenne des 4 semaines de la période 13)	97 % (moyenne des 4 semaines de la période 13)
Accroître l'accès aux services de soins palliatifs	Nombre de personnes desservies à domicile	18 890	18 513	18 701	19 047
	Nombre moyen d'interventions à domicile par personne	16,4	17,4	18,6	19,7

Orientation : **Permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer le plus longtemps possible dans leur communauté**

Objectifs	Indicateurs	Résultats			
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile : • En augmentant à **16 %** la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté	Nombre de personnes desservies	155 133	159 887	165 935	174 315, soit 15,4 % des personnes âgées de 65 ans et plus
• En augmentant l'intensité des services de 15 % (**soit 24 interventions en 2010**)	Nombre moyen d'interventions par personne	25,2	26,7	27,6	28,6

Orientation : **Intervenir de façon précoce, intensive et en continuité, le plus près possible des milieux de vie, afin de prévenir l'aggravation et la récurrence des problèmes d'adaptation sociale des jeunes et des familles**

Objectifs	Indicateurs	Résultats			
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux : • En rejoignant **7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans**, en 2010, par les services psychosociaux	Proportion des jeunes rejoints	110 973 jeunes, soit 7,22 %	111 714 jeunes, soit 7,36 %	112 332 jeunes, soit 7,46 %	115 307 jeunes, soit 7,75 %
• En offrant en moyenne **7 interventions, par année, par usager**	Nombre moyen d'interventions par jeune	6,59	6,59	6,71	7,05
Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) : • **12 jours calendrier** pour les services d'évaluation (LPJ)	Délai moyen d'attente à l'évaluation en protection de la jeunesse	17	17,6	15,4	15,6
• **30 jours calendrier** pour l'application des mesures (LPJ)	Délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse	27,8	19,8	18,5	14,1

Orientation : **Traiter et soutenir efficacement les jeunes et les adultes ayant un trouble mental ainsi que les personnes présentant un risque suicidaire**

Objectifs	Indicateurs	Résultats			
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Augmenter le nombre de jeunes et d'adultes rejoints par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire	Nombre d'enfants et de jeunes ayant bénéficié de ces services	ND	6 483	8 747	10 605
	Nombre d'adultes ayant bénéficié de ces services	ND	38 639	42 990	46 735
Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves :					
• En suivi intensif	Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu	ND	1 588	1 617	1 826
• En soutien d'intensité variable	Nombre de places en services de soutien d'intensité variable dans la communauté	ND	3 396	3 376	3 676
Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours	Nombre d'usagers de moins de 18 ans dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	ND	2 310	1 946	1 680
	Nombre d'usagers de 18 ans et plus dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	ND	3 126	2 769	2 906

Orientation : **Favoriser l'intégration et la participation sociales des personnes présentant une déficience**

Objectifs	Indicateurs	Résultats			
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant le nombre de personnes desservies et en augmentant l'intensité des services :					
• Personnes présentant une déficience physique	Nombre de personnes desservies	41 384	39 515	38 874	38 930
	Nombre moyen d'interventions par personne	25,6	27,0	28,2	29,2
• Personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement	Nombre de personnes desservies	10 391	10 912	11 428	13 070
	Nombre moyen d'interventions par personne	-	11,3	10,7	10,0

Orientation : **Agir sur les difficultés d'adaptation sociale des personnes aux prises avec une dépendance à l'alcoolisme et aux autres toxicomanies, y compris le jeu pathologique**

Objectifs	Indicateurs	Résultats			
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie, pour l'ensemble des régions du Québec	Nombre de jeunes ayant été détectés, évalués et référés par un mécanisme d'accès	3 910	4 191	4 759	–
Accroître l'accessibilité aux services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec	Nombre de joueurs traités par ces services	6 201	5 674	5 178	4 735

ENJEU

3. L'amélioration de la qualité des services ainsi que l'optimisation de l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services

Orientation : **Améliorer la qualité et assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux**

Objectif	Indicateur	Résultats			
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Réduire l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale	Taux de diarrhée associée au *Clostridium difficile*/10 000 patients-jours	9,1	8,9	7,3	6,4

Orientation : **Assurer la disponibilité de ressources humaines qualifiées**

Objectifs	Indicateurs	Résultats			
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Augmenter les admissions en médecine du contingent régulier à **748 pour 2005-2006 et à 772 pour 2006-2007**	Nombre d'étudiants admis en médecine	748	772	772	772
Faciliter l'intégration à la pratique de la médecine aux Québécois détenteurs d'un diplôme d'une faculté de médecine située à l'extérieur du Canada et des États-Unis (DHCEU)	Nombre de Québécois DHCEU admis en résidence annuellement	58	60	58	76
Soutenir l'implantation de **75 infirmières praticiennes spécialisées** en cardiologie, en néphrologie et en néonatologie de même qu'en soins de première ligne	Nombre d'IPS exerçant dans le réseau de la santé et des services sociaux	ND	17	27	40
Améliorer la gestion de la présence au travail **(5,74 % en 2010)**	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,74 %	5,80 %	5,75 %	5,62 %

Annexe V Les projets composant le Dossier de santé du Québec

Nom	Description
Certification et authentification des intervenants (SécurSanté)	Services de certification et d'authentification des intervenants devant accéder au Dossier de santé du Québec (DSQ) ou aux autres actifs informationnels du réseau.
Registre québécois d'information sur les intervenants (RQII)	Registre des intervenants travaillant dans le réseau pour soutenir l'accès au dossier clinique des usagers et la gestion de la sécurité ainsi que pour faciliter leur identification.
Gestion du consentement	Infrastructure technologique permettant d'identifier les usagers ayant refusé leur consentement pour la constitution et l'accès à leur dossier de santé électronique.
Services d'identification des usagers (SIU) regroupant l'Index patients maître (IPM) et le Registre québécois d'identification des usagers (RQIU)	Infrastructures et services pour l'identification des usagers afin de soutenir la consolidation des index locaux, de faciliter l'échange d'information et de vérifier en ligne l'admissibilité aux programmes.
Dossier de santé électronique (DSÉ), Laboratoires et Services régionaux de conservation (SRC)	Système permettant de visualiser les informations du DSQ. Les dépôts de résultats de laboratoires doivent alimenter notamment les services de conservation au Québec.
Système de gestion de la couche d'accès à l'information sur la santé (CAIS)	Infrastructure technologique permettant la gestion des communications et le contrôle des accès au DSQ.
Service québécois d'information sur les médicaments (SQIM)	Service visant à recueillir, conserver et rendre disponibles aux intervenants habilités les renseignements sur la médication délivrée aux usagers, afin de soutenir la prestation des soins et services de santé pour tous les usagers qui y consentent.
Répertoires d'imagerie diagnostique (RID). *Picture Archiving and Communication System* (PACS)	PACS : Technologies qui permettent aux services de radiologie de gérer, d'archiver et de transmettre aux professionnels habilités les résultats d'examens d'imagerie médicale sous forme de fichiers numériques. Ces fichiers numériques sont archivés dans des répertoires d'imagerie diagnostique (RID).
Autres projets coordonnés par le Bureau du Dossier de santé du Québec	
Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)	Intégration des services pour assurer aux personnes âgées en perte d'autonomie et à leurs proches aidants la continuité, l'accessibilité et la qualité des soins et des services, peu importe le lieu de prestation de ces services.
Protection en santé publique (Panorama)	Surveillance et protection de la santé dans le domaine des maladies infectieuses.
Télésanté	Systèmes soutenant la télésanté, la téléformation et la téléconsultation entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que pour les professionnels de la santé.

2008-2009

Santé
et Services sociaux
Québec

Coordination
Direction des politiques et des orientations stratégiques

Edition produite par :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : **www.msss.gouv.qc.ca** section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009
Bibliothèque et Archives Canada, 2009

ISBN : 978-2-550-57084-4 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-57085-1 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2009

Santé
et Services sociaux
Québec

www.msss.gouv.qc.ca

04-102-01F